Rok XLII. Kraków 24 Października 1903. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Dra Serkowskiego w Łodzi.

Nowa własność prątków gruźliczych i innych bakteryj kwasoodpornych.

Podał

S. Piątkowski.

Odróżnienie prątków gruźliczych od innych podobnych do nich bakteryi kwasoodpornych jest niezmiernie ważnem ze stanowiska lekarskiego. Dotychczas używane do tego celu sposoby zasadzają się na swoistem barwieniu się prątków Kocha, na szczepieniu podejrzanego materyału na zwierzętach i spostrzeganiu zmian w nich zaszłych. Jednak jedno i drugie nie zawsze daje zupełnie pewne wskazówki co do gatunku bakteryi, z którym mamy do czynienia. Dowiodły tego badania lat ostatnich. Przytoczę je tutaj w krótkości.

Prątki mazidła napletkowego (*bac. smegmatis*) mogą łatwo stać się powodem mylnego rozpoznania gruźlicy narządu moczopłciowego, zarówno u mężczyzn, jak u kobiet. Już nieraz chirurg na zasadzie znajdowania na preparatach, barwionych sposobem Ziehl-Gabbeta, lub innym, prątków gruźliczych, w dobrej wierze wyłuszczał nerkę, a potem okazało się, że miał do czynienia nie z gruźlicą, lecz z kamieniami nerkowymi (Mendelson), lub z ropniami (Bunge i Trautenroth), lub też z nowotworami (König). Lecz to jeszcze nie wszystko: już nieraz znajdowanie w plwocinie *bac. smegmatis* prowadziło do mylnego rozpoznania gruźlicy płuc, jak tego dowiodły sekcye (Fränkel, Pappenheim). Dodać jeszcze trzeba, że prątki bardzo podobne do gruźliczych z wejrzenia i z własności trudnego barwienia się i uporczywego utrzymania barwnika przy odbarwianiu kwasami, były znalezione w śluzie z nosa, z jamy ustnej i w wydzielinie małżowiny usznej (Laabs, Gottstein).

Ze względu na podobieństwo do prątka Kocha również zajmującym jest prątek Rabinowiczówny (*bac. pseudotuberculosis* Rabinowicz), znaleziony przez tę ostatnią w maśle i dość w niem pospolity (około 30% badanych prób). Prątek ten morfologicznie i z zachowania się względem barwików i środków odbarwiających nie różni się wiele od gruźlicy; co więcej, jest on dla morskich świnek, używanych do badań rozpoznawczych, chorobotwórczy i przy pewnych warunkach wywołuje objawy i zmiany powierzchownie bardzo podobne do gruźlicy; tylko przy badaniu preparatów histologicznych widać, że taki gruzełek rzekomy ma charakter wysięku, lub ropnia, lecz niema w nim zmian typowych dla gruźlicy: zserowacenia, gniazd z komórek nabłonkowatych i tworów olbrzymich.

Przytoczone własności prątka Rabinowiczówny sprawiają, że do wykazania prątków gruźliczych w maśle i mleku nie wystarcza obraz mikroskopowy i szczepienie świnek, ale trzeba twory chorobowe (tj. gruzełki u świnek) zbadać histologicznie i pasorzyta wyhodować. To ostatnie jest tem więcej konieczne, że Korn niedawno znalazł w maśle prątka (*myobacterium lacticola S friburgense*), który wywołuje u królika zmiany, nawet histologicznie właściwe gruźlicy.

Tam więc, gdzie ani preparaty mikroskopowe i szczepienie na zwierzętach nie dają nam wskazówek co do gatunku znalezionych prątków kwasoodpornych, trzeba się uciec do otrzymania czystych hodowli tych ostatnich. Własności zaś i wejrzenie tych hodowli są tak dalece różne od hodowli gruźlicy, że już samo porównanie prowadzi do celu, t. j. odróżnienia od prątków Kocha.

Prócz wyszczególnionych jest jeszcze więcej kwasoodpornych bakteryi, wyosobnionych z nawozu i traw pastewnych, z morfologicznych i chorobotwórczych własności podobnych do prątków gruźlicy; *bac. timothei* np. wywołuje u zwierząt tworzenie się rzeczywistych prosówkowatych gruzełków. Wszystkie te rzekomogruźlicze bakterye, dostawszy się do badanego materyału, n. p. do plwociny przy zgorzeli płuc i innych chorobach narządów oddechowych, mogą być przyczyną mylnego rozpoznania sprawy gruźliczej.

Jak wyżej wspomniałem, wszystkie sposoby odróżniania prątków gruźliczych od innych kwasoodpornych zapomocą najrozmaitszych metod barwienia są mało pewne już dla tego samego, że odporność prątków Kocha względem przetworów odbarwiających jest nie zawsze jednakową i nie zawsze większą niż u innych kwasoodpornych bakteryi. Prócz tego sposoby barwienia nie mogą służyć do określenia gatunku kwasoodpornych bakteryi, z któremi mamy do czynienia, lecz tylko do stwierdzenia, czy są one prątkami gruźliczymi, czy też nie, i to nie zawsze.

A ponieważ i szczepienie podejrzanego materyału na zwierzętach nie zawsze daje nam odpowiedź na to, z czem mamy do czynienia, potrzeba więc wyszukać łatwy sposób określenia gatunku kwasoodpornych bakteryi, który w danym razie nas zajmuje.

Rozumie się, że tylko otrzymanie danego gatunku bakteryi w czystej hodowli, jej wejrzenie morfologiczne i własności biologiczne mogą doprowadzić do celu, (zresztą to nie jest nowością w bakteryologii). Lecz otrzymać czyste hodowle bakteryi kwasoodpornych nie jest rzeczą wcale łatwą (np. czystą hodowlę prątków Kocha z plwociny).

W ostatnich czasach Spengler[1]) podał łatwy sposób otrzymywania czystych hodowli prątków gruźlicy z materyału je zawierającego. Autor ten na zasadzie licznych

[1]) Zeitschrift für Hyg. 1903, Nr. 1, str. 90.

doświadczeń przekonał się, że zapomocą formaliny przy odpowiedniej metodyce można zabić wszelkie bakterye bez ujemnego wpływu na żywotność prątków gruźlicy. Stosuje się to zarówno do mięszaniny bakteryi w ropie, zawartości jam w płucach itp., jak i do plwociny z wielką lub niewielką ilością prątków gruźliczych. Ponieważ więc prątki gruźlicy są odporniejsze na działanie formaliny od innych bakteryi i ponieważ nie tracą zdolności rozmnażania się, mamy więc możność zapomocą dezynfekcyi formolowej wyosobnić i wyhodować prątki gruźlicze z mięszaniny innych bakteryi.

Według zdania Spenglera podany przez niego sposób hodowania prątków gruźliczych jest bardzo ważnym środkiem rozpoznawczym. Metoda formalinowa jest do tego stopnia pewną, że może spółubiegać się nawet z doświadczeniami na zwierzętach, a przy pewnych warunkach ma przewagę nad niemi, ponieważ przy szczepieniu zwierzętom materyału podejrzanego o gruźlicę, często ma miejsce zakażenie wtórne, które może zabić zwierzę prędzej, nim wystąpią zmiany swoiste, właściwe gruźlicy.

Obecnie wiadomo z wielu prac [2]), że prątki Kocha są odporniejsze od wielu innych bakteryi nietylko na działanie formaliny, lecz i innych środków bakteryobójczych i nieprzyjaznych wpływów zewnętrznych (np. fenolu, sublimatu, mleka wapiennego, pary wodnej, światła słonecznego i t. d.).

Co się tyczy innych bakteryi kwasoodpornych, to ich zachowanie się względem barwików i przetworów, odbarwiających i odtłuszczających, ich fizyologiczne i biologiczne własności, jednem słowem wszystkie swoiste cechy tej grupy naprowadziły mnie na myśl, że ich zachowanie się względem środków bakteryobójczych wogóle i w szczególności względem formaliny jest takiem samem, lub bardzo podobnem, jak u prątków gruźlicy.

Doświadczenia, przeprowadzone przezemnie w tym kierunku potwierdziły moje domysły i naprowadziły na sposób wyosobniania kwasoodpornych bakteryi z mięszaniny z innemi. Dla otrzymania czystych hodowli prątków gruźlicy Spengler działał na wilgotny materyał, zawierający te prątki, formalinową parą przy ciepłocie pokojowej, po pewnym czasie (od 45 minut, do dwóch godzin) przeszczepiał ten materyał na specyalne podłoże, przez niego wynalezione, lub też na zwyczajny agar glicerynowy i zawsze otrzymywał dodatnie wyniki, t. j. czyste hodowle prątków gruźliczych.

Lecz formaldehyd, jak stwierdziły prace Peerenbooma i M. Rubnera, jako taki działa odkażająco w bardzo nieznacznym stopniu, a dezynfekcyjne znaczenie posiada li tylko jego roztwór wodny. Na tej to zasadzie uważałem za stosowne przy doświadczeniach używać formaliny nie w stanie pary, ale bardzo rozcieńczonego roztworu.

Wypracowany przezemnie na zasadzie licznych doświadczeń sposób wyosobniania kwasoodpornych bakteryi z mięszaniny innych zasadza się na tem, że niewielką ilość materyału, zawierającego wzmiankowane bakterye, mięsza się z wodą, lub bulionem (10 ctm. sześc.), do tego dodaje się kilka kropel (2—3) formaliny, probówkę korkuje się, treść jej doskonale wstrząsa i po 30-tu minutach szczepi co kwadrans w kilka probówek na agar zwyczajny, lub glicerynowy. W jednej z nich, lub w kilku otrzymamy czystą hodowlę badanego kwasoodpornego gatunku bakteryi.

Na zasadzie przeprowadzonych doświadczeń nad otrzymywaniem czystych hodowli kwasoodpornych bakteryi z bakteryjnych mięszanin wyprowadziłem następujące wnioski.

Grupa kwasoodpornych bakteryi mniej jest wrażliwa na działanie rozcieńczonych roztworów formaliny, niż inne gatunki bakteryi.

Kwasoodporne bakterye przy dłuższem działaniu formaliny i przy odpowiedniem jej stężeniu giną, jak i inne; różnica jest tylko w czasie, jaki jest potrzebny do zabicia danego gatunku, (stosuje się to i do gruźlicy wbrew zdaniu Spenglera).

Bakterye wogóle, w szczególności kwasoodporne, wystawione choć przez czas krótki na działanie słabych roztworów formaliny, rosną z początku wolniej, odzyskując przy następnych przeszczepianiach swoje prawidłowe własności biologiczne.

Formalina, czy to w słabych, czy to w bardzo stężonych rozczynach, dostatecznych do niewątpliwego zabicia kwasoodpornych bakteryi, nie zmienia wcale ich morfologii i zdolności wykazywania „barwnego odczynu“, t. j. barwienia się metodą Ziehl-Gabbeta, lub do niej zbliżoną.

Opisana metoda formalinowa może służyć do łatwego i dość szybkiego wyosobnienia kwasoodpornych bakteryi z mięszanin z innemi, a na zasadzie swoistego wejrzenia czystej hodowli i jej własności do określenia gatunku.

Taż sama metoda formalinowa może służyć do wyosobniania z mięszanin bakteryi gatunku najbardziej odpornego na działanie formaliny. (Tym sposobem wyosobniałem prątki durowe z mięszaniny paciorkowca i prątka durowego; paciorkowca z mięszaniny prątka ropy błękitnej i paciorkowca; z mięszaniny *b. prodigiosus* i *subtilis* — ten ostatni itd.).

Doświadczeń swoich nie uważam za ukończone. Metoda nie wydaje mi się zbyt prostą. Obecnie, mając na uwadze biologiczne własności bakteryi kwasoodpornych, pracuję nad otrzymaniem podłoża, na któremby tylko one rosły.

Szanownemu Drowi Serkowskiemu za wskazówki i łaskawy kierunek składam serdeczne podziękowanie.

II. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Metody badania 3-go okresu porodowego.

Chcąc jaką kwestyę naukową jasno i stanowczo rozwiązać, należy przedewszystkiem rozpatrzyć się w metodach badania i zastanowić się nad ich wartością. Zrobiwszy przegląd ogólny metod, łatwo zobaczyć luki w dotychczasowym dorobku naukowym i łatwo zdobyć wskazówki do badań na przyszłość.

Badanie naukowe pewnego zagadnienia powinno być prowadzone, jak proces. Jak w procesie, zanim się wyrok wyda, należy przesłuchać wszystkich świadków, tak w badaniu naukowem nie wolno pomijać żadnej metody badania, ani lekceważyć jej wyników, bo wszelkie zeznanie świadka, choćby podrzędnego, byle prawdziwe, ma nieocenioną wartość i na najzawilszą kwestyę może rzucić wiele światła. Dalej: zeznania świadków należy porównać, a jeżeli tylko

[2]) Schill, Fischer, Ottolenghi, Walther, Pfuhl, Moeller, Musehold i inni.

można — skontrolować. Dopiero ukończywszy śledztwo i postępowanie dowodowe, wolno przystąpić do zgrupowania faktów i wydania wyroku. Niedość na tem: jak w procesie trybunał nie opiera się bezkrytycznie na materyale, zebranym przez sędziego śledczego, ale sam osobiście przesłuchuje świadków i bada sprawę, tak samo badacz, który ma zamiar postawić naukową syntezę danego zagadnienia, powinien sam osobiście wyczerpać wszystkie metody badania, a wszelkie dane z piśmiennictwa, które ma zamiar spożytkować przy budowie syntezy, sam osobiście skontrolować. W ten sposób najłatwiej i najszybciej dojść można do poznania bezwzględnej prawdy.

Jakkolwiek spory między zwolennikami czynnego a biernego stanowiska w dyetetyce 3-go okresu wzbogaciły ogromnie literaturę o 3-cim okresie i dały pochop do badań mechanizmu, to zdaniem mojem kwestya ciągle jeszcze pozostaje otwartą, głównie z powodu nieukończenia postępowania dowodowego i braku wyczerpującej syntezy.

Przejdźmy zatem do omówienia metod badania 3-go okresu i ich wartości. Zapytajmy się, do jakiej kategoryi czynności należy zaliczyć trzeci okres. Trzeci okres porodu jest czynnością ustroju, mającą za cel do reszty odkleić i wydalić z wnętrza kanału rodnego bezużyteczny po urodzeniu się płodu popłód. Jestto więc czynność ustroju ruchowa, którą należy badać metodami, stosowanemi do wyjaśnienia czynności ruchowych.

Pierwszym warunkiem poznania mechanizmu danej czynności ruchowej jest otrzymanie dokładnego anatomicznego wyobrażenia o poszczególnych fazach tejże czynności. Głównym więc narządem, którym się w celu badania posługujemy, jest wzrok. Kąt widzenia powiększamy dowolnie lupą, czy mikroskopem; czas spostrzegania przedłużamy, utrwalając sztucznie wyobrażenia wzrokowe poszczególnych faz danej czynności ruchowej zapomocą najrozmaitszych metod graficznych lub fotografii momentalnej, która w połączeniu z kinematografem pozwoli nam dowolnie szybko odtwarzać bieg danej czynności. Ruchy narządów wewnętrznych uprzystępniamy oku zapomocą wiwisekcyi, gdzie zaś wiwisekcye nie dadzą się przeprowadzić, palpacya musi nam częściowo wzrok zastąpić.

Odnośnie do czynności 3-go okresu porodowego, to wiwisekcye na zwierzętach, zwykle do doświadczeń używanych, nie dadzą nam niestety tak pewnej analogii z faktami, spostrzeganymi u człowieka, jak przy innych narządach np. sercu, pęcherzu moczowym lub żołądku. Trzebaby badać wiwisekcyjnie chyba małpy antropomorficzne, coby atoli było połączone z ogromnymi kosztami, a więc rzecz niepraktyczna. Nie mniej atoli szereg wiwisekcyi, przedsięwziętych na zwierzętach kręgowych niższych gatunków, jakkolwiek nie byłby ze względu na człowieka rozstrzygającym, albowiem znachodzimy co do budowy macicy, charakteru jej skurczów, anatomii popłodu warunki odmienne, mógłby na wiele ważnych szczegółów dużo rzucić światła. Jest jednak przypadek, gdzie wiwisekcyi dokonujemy na kobiecie, a mianowicie przy operacyi „cięcia cesarskiego“, gdzie bezpośrednio wzrokiem możemy spostrzegać zachowanie się żywej macicy, jej skurcze, ściąganie się przy wypełnionej jamie macicy i po jej opróżnieniu. Jeżeli przypadek zdarzy, że łożysko umiejscowione jest na tylnej ścianie macicy, możemy wprost przez ranę operacyjną spostrzegać zachowanie się łożyska. Sądzę, że bez uszczerbku zdrowia dla kobiety dałoby się tę przygodną metodę wiwisekcyjną umiejętnie wyzyskać dla rozstrzygającego wyjaśnienia praktycznie najważniejszej 1-ej fazy mechanizmu 3-go okresu. Kończąc cięcie cesarskie „modo Porro“ zyskujemy cenny materyał anatomiczny dla dokładnego zbadania 2-ch najwyższych części macicy, dalej zachowania się popłodu przyczepionego do maksymalnie ściągniętej macicy. Badanie przekrojów zwłok kobiet, zmarłych nagle w 3-im okresie lub wogóle w czasie porodu, umiejętnie wykonane, jest niewątpliwie bardzo ważne i przekonywające i jak dotychczas zostało częściowo przeprowadzone; niestety nie może się nawet równać co do wartości z metodą wiwisekcyjną; przekrój bowiem demonstruje nam tylko jeden moment czynności ruchowej i to z reguły patologicznie zaburzony przez przyczynę, która śmierć wywołała. Znacznie większą wartość przypisać należy w badaniu toku mechanizmu 3-go okresu, metodom klinicznym pod warunkiem atoli, że w każdym przypadku wszystkie będą zastosowane, a więc tak badanie zewnętrzne, jako też i wewnętrzne czuciem i wzrokiem. Wartość tej metody równa się prawie wiwisekcyi, a pod niejednym względem nawet ją przewyższa, a mianowicie pod tym, że codziennie na dużym materyale może być przeprowadzaną, a ostrożnie i rozsądnie wykonana, zupełnie w niczem nie zaburza prawidłowego przebiegu 3-go okresu.

Wyżej wyliczone metody, należycie wyzyskane, zupełnie nam wystarczą do nabycia dokładnego anatomicznego wyobrażenia o przebiegu czynności 3-go okresu tak, że nawet uciekać się nie potrzebujemy do metody Röntgenowskiej, którejby być może można było użyć.

Wreszcie pozostaje nam do dyspozycyi potężny środek badania, a tym jest: rozumowanie, które pozwala nam wytłómaczyć przyczynę poszczególnych zjawisk na podstawie spostrzegania innych zjawisk (Zasada stosowana do rozwiązania równań o kilku niewiadomych w matematyce). Rozumowanie pozwoli nam pewną wiązankę faktów odnieść do wspólnej przyczyny, a po takiem zgrupowaniu faktów sprowadzić odnośne zjawiska do wspólnego mianownika. Faktów zaś, mających służyć jako podstawa rozumowania, dostarczyć nam mogą nie tylko wyżej wymienione metody, ale także: badanie anatomiczne popłodów, urodzonych siłami matki, a urodzonych przy pomocy zabiegów, anatomia macicy w czasie różnych okresów porodu i pierwszych chwil połogu, wreszcie cały zakres patologii ciąży i porodu ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń, dotyczących popłodu.

Teorya 3-go okresu będzie wtedy prawdziwą, jeżeli potrafi nam wszystkie odnośne zjawiska racyonalnie wytłómaczyć, a w następstwie, jeżeli opierając się na niej, jakby na pewniku, z góry będziemy mogli przewidywać wyniki doświadczeń sprawdzających, które na kobietach przedsięweźmiemy, czy to w celach czysto teoretycznych, n. p. w celu wyjaśnienia roli i doniosłości poszczególnych czynników mechanizmu, czy też leczniczych. Wszelkie bowiem zabiegi dyetetyczne i lecznicze, jakie zastosujemy w 3-cim okresie, mają wartość doświadczeń „*in viva*“, a dokładne spostrzeganie przebiegu 3-go okresu wobec nich, oraz skutków, jakie one ewentualnie pociągną za sobą, dostarczy nam do budowy hipotez materyału pierwszorzędnej wartości.

Wreszcie zjawiska, dające się obserwować w 3-cim okresie, możemy traktować jako zjawiska czysto fizyczne i wiele z nich możemy wyjaśnić na drodze doświadczeń ściśle fizycznych.

Powyższe wyliczenie metod badania 3-go okresu powinno stanowić do pewnego stopnia dyspozycyę niniejszego artykułu; jednakowoż nie byłem w możności wyczerpać osobiście wszystkich wyżej wymienionych metod i tak: nie badałem porównawczo wiwisekcyjnie na zwierzętach 3-go okresu, nie próbowałem badań przebiegu 3-go okresu zapomocą promieni Röntgena, nie miałem możności badać osobiście przekroju zamrożonych zwłok kobiety, zmarłej w 3-cim okresie, wreszcie brakuje moim spostrzeżeniom nad popłodami badań mikroskopowych. Są to luki, których w pracy syntetycznej brakować nie powinno, a których zapychać literaturą nie chciałem, albowiem sprzeciwia się to memu uprzednio wyrażonemu założeniu. Wobec tego nie twierdzę, jakoby wywody moje w zupełności rozwiązywały kwestyę mechanizmu 3-go okresu. Owszem, otwarcie wyznaję, że cały nagromadzony przezemnie materyał wymaga skrupulatnej kontroli na większym materyale klinicznym, przy pomocy całego przyrządu środków naukowych, jakie dają pracownie do dyspozycyi. W jedno atoli wierzę, że droga, którą obrałem, do celu napewne zaprowadzi, a praca moja spełni swe zadanie, jeżeli potrafi kogokolwiek zachęcić do uzupełnienia moich doświadczeń i skontrolowania ich, a przez to dopomoże pośrednio do rozsnucia węzła gordyjskiego, jakim jest obecnie 3-ci okres w położnictwie. Występuję z ogłoszeniem dotychczasowych mych wyników, albowiem z przyczyn czysto zewnętrznych nie widzę na przyszłość możności dokończyć mego zadania. Wszak lekarz praktyczny ma wstęp do kliniki położniczej zamknięty, a gdyby chciał wyzyskiwać przypadki swojej prywatnej praktyki, łatwo mógłby się narazić na rozmaite konkurencyjne przykrości, a pomijając to, musiałby bardzo długo zbierać doświadczenia, bo nie rozporządza tak obfitym i różnorodnym materyałem, jak szpital.

Na zakończenie niech mi wolno będzie dodać kilka słów przeznaczonych dla mego przyszłego „kontynuatora“, w kwestyi użytku z literatury przedmiotu. Zdaniem mojem literatura kwestyi przyrodniczej dla badacza, chcącego dotrzeć do jądra rzeczy, ma zaledwie to znaczenie, co konsylium przy łożu chorego dla ordynaryusza. Jako środek badania ma ona w medycynie podrzędne znaczenie. Historyk, prawnik i t. d. musi grzebać w archiwach; przyrodnik ma do dyspozycyi arcydzieło, t. j. żywą i martwą naturę i byle umiał czytać to dzieło, może nie oglądać się na biblioteki. Badając bez pomocy cudzych okularów zdobędzie wkrótce doświadczenie w danym przedmiocie, a wtedy z przyjemnością i prawdziwym zapałem przeglądnie prace, jakie mu w rękę wpadną, pisane w przedmiocie żywo go obchodzącym, a czytanie to będzie się odbywać z prawdziwym krytycyzmem. Rzecz prosta, że dla badacza danej kwestyi mogą mieć interes tylko oryginalne prace, a nie streszczenia, z reguły nieudolnie i naprędce robione i częstokroć wypaczające intencye autora. Streszczenia mogą mieć wartość jedynie dla historyka literatury pewnego przedmiotu. Z drugiej strony nie łatwo będzie przeczytać wszystkie publikacye, dotyczące obranego przedmiotu, w oryginale; na przeszkodzie stoi choćby brak znajomości języków. Ale też to jest zbyteczne i poprostu dla braku czasu niemożliwe.

Łatwiej Polakowi nauczyć się po grecku, a następnie nauczyć na pamięć całego Homera, niż przeczytać wszystkie komentarze filologiczne do Homera przez filologów niemieckich napisane. Sądzę, że będzie to nawet z większą korzyścią dla jego mózgu, który nie przeładowany zbytnim balastem potrafi odważniej myśleć.

Dyspozycya artykułu. Trzeci okres porodowy jest funkcyą ruchową ustroju, mającą za cel wydalić z wnętrza kanału rodnego bezużyteczny po urodzeniu się dziecka popłód. Badając jakikolwiek ruch fizyczny, musi się przedewszystkiem rozpatrzeć siły i przeciwdziałające tym siłom opory. Chcąc więc zbadać mechanizm 3-go okresu, musi się przedewszystkiem rozebrać: *a)* czynniki przeszkadzające odklejeniu i wydaleniu popłodu (opory) i *b)* czynniki powodujące odklejenie się i wydalenie popłodu (siły).

Do biernych czynników mechanizmu należą: *a)* przymocowanie popłodu do wewnętrznych ścian macicy; *b)* miejsca zwężone w kanale rodnym kobiety jakoto: 1) okolica pierścienia skurczowego, 2) ujście zewnętrzne macicy; *c)* wejście do pochwy.

Do 2-giej grupy czynników należą: *a)* stany skurczowe kanału rodnego; *b)* parcie niewiasty; *c)* ściąganie się macicy; *d)* krwiak pozałożyskowy. Faktów, wyjaśniających znaczenie i rolę wyżej wyliczonych czynników mechanizmu, poszukamy przy pomocy metod na początku artykułu wyliczonych.

Rozpatrzywszy rolę czynników mechanizmu 3-go okresu, przystąpimy do ugrupowania faktów i budowy hipotezy 3-go okresu. Hipotezę tę w dalszym ciągu sprawdzi się zapomocą doświadczeń fizyologicznych na kobietach.

W niniejszej rozprawce oprę się bardzo często na faktach, przytoczonych w moich poprzednich 2 artykułach, odnoszących się do tej sprawy; dlatego, dla dokładnego zrozumienia pożyteczną rzeczą będzie zapoznać się pierwej z owymi artykułami, drukowanemi w „Przeglądzie lekarskim“: 1) Sprawozdanie z pos. Tow. lek. lwowskiego „kwestya dolnego odcinka macicy“ (autoreferat) Nr. 49 z 1902 r. i 2) kliniczny przebieg 3-go okresu porodowego Nr. 34, 35 i 36 z sierpnia 1903 r. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. **Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.**

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Przypadkom napadów całkowicie skutecznych towarzyszą te same lub podobne objawy, jak ostrej *perixenitis* w przewodzie żółciowym. Po skończonym napadzie chory czuje się dziwnie błogo i dobrze, jak nigdy po napadzie skutecznym. Całe zaś to uczucie niezwykłej ulgi tłómaczy się obecnością paru lub kilku kamyków żółciowych w kale. Najściślejsze i najdokładniejsze spostrzeganie kliniczne, choćby nawet całe lata trwające, nie może nas z całą ścisłością i stanowczością pouczyć, czy miniony napad był rzeczywiście końcem całego cierpienia, czy tylko początkiem dłuższy czas, choćby dziesięć lat, trwającego utajenia choroby. Po odej-

ściu kilku kamyków *per vias naturales* mogło pozostać jeszcze kilkadziesiąt albo i więcej w pęcherzyku. Niekiedy dokładne rozpatrzenie się w kształcie kamyków odeszłych dostarczy nam pewnych danych, tyczących rokowania na przyszłość.

Czasami jednak nawet po napadzie całkowicie skutecznym i rzeczywiście doszczętnym, — wydalone bowiem zostały na zewnątrz wszystkie kamyki, — chory nie jest wolnym od dolegliwości. W chwili przechodzenia kamyka przez przewód żółciowy nastąpiło zakażenie dróg żółciowych, które ostatecznie zabija chorego. O innych powikłaniach, które mogą być i bywają nawet mimo operacyi źródłem wielu dolegliwości, t. j. o zrostach, powodujących przemieszczenie i zaciśnięcie różnych narządów sąsiednich, mówiliśmy już poprzednio. Na tem miejscu wystarczy przypomnieć, że nawet takie zmiany, jak przyrośnięcie i przedziurawienie woreczka lub jego przewodu, względnie przebicie przewodu żółciowego do jelit, odbywać się może bez jakichkolwiek objawów, dochodzących do samowiedzy chorego.

Tak się w zarysie, z umysłu tylko naszkicowanym, przedstawia patologia kamicy żółciowej. Przechodzimy do sprawy ważniejszej ze względów praktycznych i jedynie obchodzącej najbardziej interesowanego w tej sprawie, t. j. chorego, a więc do sprawy leczenia tego cierpienia. Odpowiedzieć należy na pytanie: kiedy i w jakim przypadku leczyć należy kamicę żółciową środkami wewnętrznymi, a kiedy chirurgicznie? Odpowiedź różnie brzmieć będzie, zależnie od tego, czy da nam ją internista, czy chirurg: niestety, ani między pierwszymi, ani między drugimi, nie przyszło jeszcze do ostatecznego porozumienia. Jak między lekarzami chorób wewnętrznych można znaleźć zarówno przedstawicieli skrajnej lewicy, jak i reprezentantów krańcowej prawicy, tak i między chirurgami: w jednym i drugim obozie stają przeciwko sobie zdania i opinie biegunowo przeciwne. Przeciw odosobnionemu niemal zdaniu Riedla, popartemu jedynie przez niektórych chirurgów, głównie amerykańskich (Richardson, Mixter), zdaniu, głoszącemu, że 95% chorych na kamicę żółciową powinno być operowanych, gdyż tylko w 5% zdarzają się napady całkowicie skuteczne, stawić można 100 opinii wręcz odmiennych, dopatrujących wskazanie do operacyi zaledwie w 5% przypadków. Bardziej radykalne opinie chirurgów mają, jak na obecne, — zwłaszcza nasze, — stosunki, wartość „pobożnych życzeń“, a tylko przekonania internistów, a przedewszystkiem lekarzy domowych, rozstrzygają o wyborze sposobu leczenia. Żadnemu bowiem choremu na kamicę żółciową, nawet gdy zna swe cierpienie, nie przyjdzie na myśl szukać porady u chirurga, lecz w pierwszej linii zwróci się do internisty. Ten zaś, kierując się własnemi przekonaniami, które naturalnie muszą być różne od przekonań chirurga, przedewszystkiem wypróbuje cały szereg środków wewnętrznych, zaczynając od Karlsbadu, a kończąc na oliwie, zanim zdecyduje się zaproponować choremu operacyę. W ten sposób chirurdzy uwolnieni są właściwie od trudu wyszukiwania wskazań, wyręczają ich w tem interniści.

W przeważnej części nowszych podręczników chorób wewnętrznych czytamy takie wskazania dla chirurgicznego leczenia:

1. *Cholangitis* i *cholecystitis infectiosa,* nie ustępująca w krótkim czasie pod wpływem wewnętrznego leczenia.

2. *Hydrops cystidis felleae,* dający powód do całego szeregu przykrych przypadłości.

3. *Peritonitis,* powstała skutkiem przedziurawienia dróg żółciowych.

4. Zrosty, powstałe w otoczeniu woreczka żółciowego, zaciskające dwunastnicę, odźwiernik itd.

5. Przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego kamykiem, nie ustępujące mimo wytrwale przez 3 miesiące stosowanego leczenia wewnętrznego.

6. Bardzo często powtarzające się napady kolki żółciowej.

Wyniki pooperacyjne po zabiegach, wykonanych z tych wskazań, nie zadowolnią żadnego chirurga. Wielu chorym, znachodzącym się w tym okresie choroby, należałoby wprost odmówić, a raczej oszczędzić operacyi, która może tylko przyśpieszyć rozwiązanie tragedyi, od lat już się toczącej. Z logicznej konieczności faktów wynika, że zejście pooperacyjne u chorych wyniszczonych długiem cierpieniem, a tem samem pozbawionych zasobów sił odpornych, jest zawsze niepewnem i częściej, niżby życzyć sobie należało, niepomyślnem. Więc też nawet ci chirurdzy, którzy, kokietując z internistami, w zasadzie godzą się na ich wskazania, żądają, aby przynajmniej nie dłużej zwlekano z zabiegiem operacyjnym, jak tego konieczna potrzeba zoryentowania się w położeniu wymaga. Na ostatnim Zjeździe ogólno-lekarskim w Karlsbadzie, Kehr ofiarowywał internistom pokój na zasadzie 14 paragrafów. W paragrafach tych przyjął zasadniczo sześć powyżej nakreślonych wskazań, ośmioma zaś następnymi określał je tylko szczegółowiej. Widocznie jednak te paragrafy, jak paragrafy w ogólności, muszą być bardzo podatne i rozciągliwe, skoro na ich zasadzie Kehr, chirurg operujący w mieście, dorównywającem zaledwie naszemu n. p. Przemyślowi, zdołał do przeszłego roku zrobić 800 (mówię osiemset) operacyi na chorych z kamicą żółciową!

Wskazania, jakiemi powoduje się Körte, schodzą się dziwnym sposobem z wskazaniami, przyjętemi przez Kehra. Dziwnym sposobem — gdyż w ostatniej pracy Körtego, traktującej specyalnie o wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej, wyrywa mu się zdanie: *„Wie mann niemanden vor seinem Tode glücklich schätzen soll, so sollte man auch keinen Gallensteinkranken vor dem Tode für vollkommen geheilt erklären, jeder Zeit kann der Stein wieder „lebendig“ werden und neue Anfälle verursachen“...*

Riedel zdania takiego nie wypowiedział, wyciągnął zeń jednak wniosek jedynie logiczny i widzi wskazanie do operacyi wszędzie tam, gdzie dzięki całkowicie skutecznym napadom kamyki nie mogą być całkowicie i doszczętnie z dróg żółciowych usunięte. A te przypadki stanowią, jak już powyżej zaznaczono, 95%. Riedel w przeciwieństwie do bardzo wielu internistów i wielu chirurgów chce operować nie z powodu wskazań koniecznych, lecz ze względów zapobiegawczych. Szlachetniej zaś zapobiegać chorobie, niż ją leczyć! Wszyscy godzą się na to, że jak długo kamyki znajdują się tylko w pęcherzyku, są wprawdzie tworami patologicznymi, lecz mało groźnymi. Zmienia się ich charakter i znaczenie, gdy opuszczą pęcherzyk i przeniosą się do dalszych dróg żółciowych. Więc, radzi Riedel, „nie dopuśćmy do tego, zapobieżmy nieszczęściu i usuńmy kamyki, zanim jeszcze zdążą wyjść poza pęcherzyk“.

Najcięższy zarzut, jaki takiemu wczesnemu zapobiegawczemu postępowaniu zrobić można, opiera się na przypadkach, kończących się śmiertelnie po operacyi i skutkiem operacyi Kiedy jednak Kehr, który, jak sam twierdzi operuje, jeżeli nie przeważnie, to głównie, z powodu wskazań koniecznych, oblicza śmiertelność ogólną po swoich operacyach na 3·5%, to śmiertelność po operacyach, wykonanych we wcześniejszych okresach, a zatem w warunkach korzystniejszych i dla operującego i dla operowanego, śmiertelność ta jeszcze powinna się obniżyć, choćby o połowę. A przecież wykonywamy wiele operacyi w cierpieniach bezporównania łagodniejszych, niż kamica żółciowa i bynajmniej nie ze wskazań koniecznych, a śmiertelność pooperacyjna 1·5—2% nie skłania nas do zaniechania tych zabiegów. A że usilnem dążeniem wszystkich chirurgów jest, aby śmiertelność pooperacyjną w ogólności sprowadzić do 0%, uzasadnioną jest nadzieja, że do ideału tego, jeżeli nie zupełnie dojdziemy, to się doń bardzo zbliżymy. Zresztą śmiertelność skutkiem kamicy żółciowej jest z pewnością znaczną, a w każdym razie znaczniejsza, niż 2%. O liczby, choćby w przybliżeniu, trudno. Niema bowiem dotychczas statystyki dokładnej i prawdziwej. Niejeden chory, który w zestawieniach klinicznych po przebyciu ostrej kamicy żółciowej figuruje jako uleczony, umiera w kilka lat później, n. p. skutkiem *cholangitis calculosa septica*. Tymczasem liczby w statystyce dawnej nie możemy już poprawić. Gdyby się zatem udało przez wczesne operowanie każdego przypadku kamicy żółciowej sprowadzić ogólną śmiertelność z tej choroby do 2%, lub nawet gdybyśmy pozostali przy 3·5%, już i tak osiągnęlibyśmy bardzo wiele.

Drugi zarzut, jaki przeciw zabiegom chirurgicznym w kamicy żółciowej podnoszą, zarzut lżejszego już znaczenia, to sprawa nawrotów. Dokładniejsze rozpatrzenie się w położeniu wykazało, że większość tych zarzutów opiera się na wadliwem tłómaczeniu, spostrzeganych objawów. W bardzo małej liczbie przypadków spostrzegano nawroty rzeczywiste. Obliczają, że zdarzają się one w 1—2%. Z tych jednak niektóre spowodowane zostały nieodpowiednią techniką operacyjną. Wykazywano bowiem (Kehr), że jądrem nowego kamyka był szew jedwabny, który wpadł do pęcherzyka i zaskorupiał. Przez zastąpienie jedwabiu katgutem wyłączono to źródło nawrotów, lub przynajmniej zmniejszono prawdopodobieństwo ich pojawiania się. Pozostałą, i tak już bardzo małą możebność nawrotów rzeczywistych, zmniejszyć możemy *ad minimum* przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej, przez przepisanie choremu odpowiedniego sposobu odżywiania się i przez zalecenie n. p leczenia karlsbadzkiego już po zupełnem wygojeniu się rany. Zresztą zarzut to oparty na chwiejnych podstawach, bo n. p. możliwość nawrotu po usunięciu kamieni z nerek lub pęcherza, lub możliwość nawrotu przepukliny po operacyi doszczętnej nie odstrasza nas bynajmniej od wykonywania odpowiednich zabiegów. W tych przypadkach bardziej niż wskazania, obchodzą nas przeciwwskazania do zabiegów doszczętnych.

W przeważającej liczbie przypadków chodziło o nawroty fałszywe i rzekome. Pierwsze zależą od pozostawienia kamyków w przewodach, drugie od zrostów, które częściowo skutkiem samego cierpienia, częściowo skutkiem operacyi się potworzyły. Przez dokładne poznanie stosunków anatomopatologicznych, przez operowanie rozważne, ostrożne, a bezwzględne i wprawne, jako też przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej możemy zapobiedz, jeżeli nie całkowicie, to w znacznej części, nawrotom fałszywym. Częstość zaś nawrotów rzekomych, objawiających się klinicznie bólami, a polegających na zrostach trzew w okolicy pęcherzyka, najłatwiej zmniejszylibyśmy, operując we wczesnych okresach choroby, kiedy to otrzewna nie jest jeszcze skutkiem wielokrotnie przebywanych napadów kamicy żółciowej zmieniona i kiedy po operacyi ranę w powłokach szyć możemy całkowicie i goić przez rychłozrost.

Zatem zarzut możliwości nawrotów cierpienia po operacyi, zarzut, mogący dotyczyć tylko operacyi, wykonanych z powodu wskazań zapobiegawczych, a nie koniecznych, kiedy już nie o cierpienie, jako takie, nam chodzi, lecz o utrzymanie chorego przy życiu, jest nietylko przedwczesnym, — dziś bowiem operują przeważnie z powodu wskazań koniecznych, — ale i nieusprawiedliwionym, a nawet w bardzo wielu przypadkach wręcz niesłusznym i podyktowanym niewytłómaczoną złą wolą. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Behring. **O powstawaniu suchot płucnych i zwalczaniu gruźlicy** (wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Kassel). (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, 39). Zastrzegłszy się, że nie mogąc w jednym wykładzie objąć wszystkich stron zagadnienia, ograniczy się głównie do wyników własnych badań, przypomina Behring przedewszystkiem, jak, według najnowszych poszukiwań, gruźlica niezmiernie jest rozpowszechnioną. Nägeli w Zurichu pod kierunkiem Ribberta stwierdził, że we wszystkich zwłokach ludzi zmarłych, po 30 roku życia, znaleźć można przynajmniej ślad zmian gruźliczych; między 18 a 30 rokiem życia spotyka się zmiany gruźlicze w 96%, między 14—18 rokiem życia w 50%, między 5—14 rokiem w 33%, między 1—5 rokiem życia w 17% sekcyi; natomiast u dzieci w pierwszym roku życia nie spotykał Nägeli wcale zmian gruźliczych. Te niespodziewane wyniki badań Nägelego na zwłokach zgadzają się z wynikami, uzyskanymi za życia zapomocą rozpoznawczych wstrzykiwań tuberkuliny i zapomocą t. zw. inoskopii. Pierwsze na szerszą skalę wykonał Franz na żołnierzach pułków bośniackich i węgierskich, (posługując się najmniejszemi, dla zdrowia zupełnie nieszkodliwemi dawkami tuberkuliny), zatem na materyale, złożonym z doborowo zdrowych osobników. Mimoto stwierdził on, że znany odczyn, — oznaka zakażenia gruźliczego, — pojawiał się u 61—68% badanych, (a przy nieco większych dawkach, nawet u 96%, co najzupełniej zgadza się z odsetkiem, stwierdzonym przez Nägelego). Berend zaś, badając zapomocą tuberkuliny 96 osesków, ani razu nie widział odczynu, (co również zgadza się z badaniami Nägelego). Inoskopię obmyślił i stósował Jousset. Sposób ten zasadza się na tem, że jeżeli we krwi, lub w wysiękach zapalnych znajdują się choćby nieliczne prątki gruźlicze, to przy krzepnięciu porywa je wytwarzający się włóknik i więzi w skrzepach. Rozpuściwszy potem takie skrzepy zapomocą odpowiedniej trawiącej cieczy, można z roztworu prątki gruźlicze w wirownicy (centryfudze) osadzić i w ten sposób wykryć ich obecność bez uciekania się do hodowli i szczepień na zwierzęta. Otóż zapomocą inoskopii powiodło się udowodnić przyrodę gruźliczą wielu spraw chorobowych, których związku z gruźlicą dawniej ani przypuszczano (wszystkie surowicze wysięki opłucne, wiele z wysięków brzusznych, zapalenia opon, niektóre zapalenia stawów, niektóre choroby serca i t. d.).

Zdaniem Behringa wynika z tego, że środki, zmierzające do wytępienia gruźlicy zapomocą oddzielenia zakażonych od zdrowych chybiają celu. Behring godziłby się jedynie na odosobnienie kaszlących, zdecydowanych suchotników od pozornie zdrowej reszty ludności, i to nie w sanatoryach, ale w schroniskach, na wzór schronisk dla trędowatych.

Jeżeli jednak nie tędy wiedzie główna droga do zwalczania gruźlicy, niemniej nie należy rąk bezczynnie opuszczać, ponieważ zakażenie gruźlicą to jeszcze nie tosamo, co suchoty. Właśnie nieprzeczuwane rozpowszechnienie się gruźlicy dowodzi, że ustrój może z tego zakażenia sam się wyleczyć, że lekkie zakażenia koń-

czą się wyzdrowieniem, a tylko ciężkie śmiercią. Nasuwało się więc pytanie, czy można wogóle uchronić ustrój od takiego ciężkiego zakażenia, lub też takie ciężkie zakażenie złagodzić. Aby na nie odwiedzieć, należało przedewszystkiem dokładnie zbadać, w jaki sposób powstają suchoty, a badania w tym kierunku doprowadziły Behringa do wyników, znacznie różniących się od obecnych zapatrywań.

Przedewszystkiem twierdzi Behring, że dotychczas wcale nie udowodniono niezbicie, ż ludzie dorośli mogą zakażać się gruźlicą w zwykłych warunkach życia. Wprawdzie tak zdawałoby się z danych statystycznych, stwierdzających częstsze zachorowywanie i znaczniejszą śmiertelność wśród dozorców szpitalnych, więźniów, mieszkańców domów zakażonych, co uważano za dowód zakażenia się przez wdychanie zakażonego pyłu, lub rozpylonej zakażonej plwociny. Ale zważywszy przytoczone badania co do rozpowszechnienia gruźlicy wśród ludzi, sądzi Behring, że i w takich razach niekorzystne warunki zewnętrzne wywołały najczęściej tylko przedzierżgnięcie się w wyraźne suchoty ukrytej przedtem, a z dawna w ustroju osiedlonej sprawy gruźliczej. Zdaniem Behringa sposobność do zakażenia się niema więc u dorosłych tego znaczenia, jakie jej dotąd przypisywano. Nie mają go też wpływy dziedziczne, ani w postaci rzadkiego, choć kilkakrotnie stwierdzonego, wrodzonego zakażenia, ani w postaci dziedzicznego usposobienia. A jednak niewątpliwie są rodziny, w których gruźlica szczególnie dużo zabiera ofiar; otóż te niewątpliwe przypadki gruźlicy „rodzinnej“ mają, zdaniem Behringa, to samo główne źródło, co zakażenie gruźlicą wogóle, a tem głównem źródłem ma być według Behringa mleko, będące pokarmem noworodków.

Wniosek ten napozór sprzecza się ze stwierdzoną jałowością mleka w sutkach, jakoteż z tem, że dziś właśnie oseskom podaje się mleko krowie wyjałowione, nie zachowując tej ostrożności wobec starszych. Ale też nie w samem mleku leży, zdaniem Behringa, źródło złego, lecz właściwie w tem, że w ustroju osesków (zarówno ludzkich, jak zwierzęcych), a mianowicie w ich przewodzie pokarmowym, brak jeszcze tych narządów, które chronią ustrój dorosłych od wtargnięcia zarazków chorobotwórczych. Behring ufa, że obecnie już ostatecznie udowodnił, iż tych narządów ochronnych u osesków rzeczywiście niema, a to opierając się na następujących spostrzeżeniach.

Jeden ze współpracowników Behringa, Römer, zauważył, że rodzime białka przechodzą bez zmiany przez błony śluzowe przewodu pokarmowego zwierząt nowonarodzonych, działając potem taksamo, jakby były wstrzyknięte wprost do krwi. U zwierząt dorosłych zjawisko to nie następowało. Stwierdzono to co do surowicy przeciwtężcowej i przeciwbłoniczej, które zawierają substancye lecznicze w postaci białek rodzimych. Błony śluzowe dorosłych nie przepuszczają wielkich cząsteczek białka rodzimego; przez błony śluzowe noworodków przeciskają się one z łatwością. Behring podjął próby z bakteryami. U dorosłych morskich świnek wydzielały się prątki wąglika (nie zawierające zarodników), podane wewnętrznie, wszystkie w kale, natomiast ośmiodniowe świnki ginęły w tych warunkach równie szybko na wąglik, jak przy zakażeniu podskórnem. Osłabione hodowle prątków wąglika nie zabijają morskich świnek po wstrzyknięciu podskórnem; otóż żywiąc nowonarodzone świnki takiemi osłabionemi hodowlami, znajdował Behring prątki we krwi, co u dorosłych zwierząt nie następowało. Wreszcie powtórzył Behring tosamo doświadczenie, posługując się prątkami gruźliczymi, których dokładnie odważoną ilość jednorazowo zwierzętom podawał: i tu także ulegały zakażeniu drogą przewodu pokarmowego tylko najmłodsze zwierzęta, jeżeli dawki nie były zbyt wielkie, a prątki nie za jadowite. Zmiany gruźlicze zjawiały się naprzód na sieci i na krezce w sąsiedztwie kątnicy, (gdzie prątki najdłużej się zatrzymują); u zwierząt, pozostawionych dłużej przy życiu, można było klinicznie stwierdzić zmiany naprzód w gruczołach szyjnych, później dopiero najczęściej ten obraz, jaki dotąd uważano powszechnie za gruźlicę, przez wdychanie powstałą.

Doświadczenia te potwierdzałyby więc dawniej już objawione zdanie Behringa, że gruźlica płucna u ludzi, jak i u zwierząt, powstaje wskutek pierwotnego zakażenia przez przewód pokarmowy i to przedewszystkiem w wieku bardzo wczesnym.

Wszelkie bakterye, jakie znajdują się w mleku, dostają się z łatwością w głąb ustroju noworodka. A jeżeli mleko było przypadkowo zakażone zarazkami chorobotwórczymi, to u oseska z łatwością wybuchnie odpowiednia choroba. Oseski, karmione piersią, mniej są narażone, gdyż w sutku mleko jest jałowe, a przy ssaniu może zanieczyścić się tylko bakteryami, znajdującemi się na skórze karmiącej, lub w ustach oseska. Natomiast sztucznie karmionym noworodkom zagraża wielkie niebezpieczeństwo, bo mleko krowie, przechodząc przez wiele rąk, zanim się dostanie do konsumenta, łatwo może uledz zakażeniu. Dowodem na to jest mała śmiertelność noworodków w krajach, gdzie w zwyczaju jest karmienie piersią, a ogromna tam, gdzie dzieci powszechnie karmią sztucznie; n. p. w Irlandyi, w Szkocyi umiera 50 razy mniej noworodków, niż w Szczecinie. Wyjaławianie mleka w obecny sposób, t. j. w mleczarniach miejskich niewiele pomaga, bo trzeba zważyć, że nietylko bakterye, lecz i ich jady przenikają łatwiej przez błony śluzowe przewodu pokarmowego u osesków, niż u dorosłych. Inna rzecz, gdyby pasteryzowano mleko odrazu w mleczarniach wiejskich, co wydało znakomite wyniki w hodowli cieląt, gdyż w takim razie odrazu zniszczone bakterye, nie mają już czasu zatruć mleka swymi produktami, których późniejsza pasteryzacya zniweczyć już nie może.

Co jest przyczyną tej przepuszczalności błon śluzowych u osesków? Zdaniem Behringa przyczyną jest to, że błony śluzowe noworodka nie są jeszcze pokryte ciągłą, jednolitą pokrywą nabłonkową i że gruczoły wydzielnicze są jeszcze niedostatecznie wykształcone.

Z dostających się do mleka drobnoustrojów jedne wywołać mogą ostre, szybko przebiegające zakażenia; inne, a właśnie do takich należy prątek gruźliczy, działają powoli i dopiero po latach wielu następuje jawna choroba. Początek suchot, zauważany po wyczerpaniu porodami, pracą, nędzą itd., nie jest początkiem zakażenia; ono w tych razach oddawna już, od lat dziecinnych, tkwi w ustroju, a tylko pod wpływem niekorzystnych wpływów z utajonej gruźlicy ogniskowej przechodzi w suchoty. Nie inaczej rozwija się gruźlica w pewnych rodzinach, uważanych dotąd za szczególnie do niej usposobione; nie dziedziczność, ale dostawanie się prątków z rozpyloną plwociną rodziców i rodzeństwa do ust i nosa oseska, a stąd do przewodu pokarmowego, lub wprost do mleka, którem dziecko sztucznie jest żywione, ma wówczas główne znaczenie. Niewątpliwie, że i starsi mogą uledz zakażeniu w takich rodzinach; do tego jednak trzeba bądź znaczniejszej jadowitości zarazka, bądź zmian chorobowych błon śluzowych, złuszczenia się nabłonka itd., jak to bywa po pewnych ostrych chorobach zakaźnych. Stąd n. p. zgubny, oddawna znany, przyspieszający wpływ takich chorób na rozwój gruźlicy, jak np. odra. Zresztą przeczy Behring jakiemuś szczególnemu wrodzonemu usposobieniu do gruźlicy u dzieci, a raczej sądzi, że każdy osesek jest już niejako fizyologicznie i normalnie usposobiony do przyjęcia zarazka gruźliczego. Z tego wynikają zresztą jasno wskazówki zapobiegawcze: obostrzenie przepisów higienicznych, dotyczących mleka, t. j. zapewnienie oseskom mleka, nie zakażonego prątkami; oddzielenie dzieci od kaszlących suchotników, które zresztą potrzebne jest i dla starszych, ilekroć przypuszczać można, że w ochronnej warstwie nabłonkowej przewodu pokarmowego powstały ubytki, (choroby zakaźne osutkowe, zaziębienia, choroby przewodu pokarmowego); zwalczanie zaostrzeń się sprawy gruźliczej u zakażonych przez pobyt w sanatoryach, co zapobiegając późniejszym pogorszeniom, uchroni zarazem rodziny chorych od sposobności zarażenia się. Ale usiłowania Behringa w kierunku leczniczym nie mają z temi dążeniami zapobiegawczemi żadnego związku; pragnie on przeciwnie usunąć potrzebę wszelkich sanatoryów i schronisk, jak Jenner swem odkryciem usunął potrzebę szpitali dla dotkniętych ospą, i chociaż nie można jeszcze przewidzieć, kiedy i jak to się powiedzie, niemniej wyraża Behring „uzasadnioną nadzieję“, że obrał właściwą drogę, wiodącą do stworzenia leku, zapobiegającego suchotom.

Nadzieję tę opiera Behring na doświadczeniach z gruźlicą bydła rogatego, która zdaniem jego ma ważne znaczenie w powstawaniu gruźlicy ludzkiej, wbrew zapatrywaniom Kocha, i na której leczeniu wzorować się ma sposób zapobiegania suchotom u ludzi. Gruźlica i perlica zarówno dopiero wtedy powstać mogą, gdy zbiegną się trojakie warunki: ustrój, podatny na zakażenie, zarazek i sposobność do zakażenia. Ustrój ludzki jest z natury już podatny na zakażenie prątkami gruźlicy zarówno ludzkiej, jak bydlęcej. Ale nie każda zmiana gruźlicza kończy się suchotami: by to nastąpiło, potrzeba jeszcze współdziałania wielu czynników, jak stopień jadowitości zarazka, jego ilość, jednorazowe lub wielokrotne zakażenie się, wiek zakażonego, ogólny stan jego zdrowia i sił, odżywienie, zatrudnienie i t. p., co razem obejmujemy nazwą usposobienia nabytego. Należy ściśle oddzielić pojęcie zakażenia gruźliczego z rokowaniem dobrem od pojęcia suchot, kończących się śmiercią, a rozwijających się dopiero pod wpływem całego szeregu owych dodatkowych czynników.

Otóż zakażając młody ustrój zwierzęcy zarazkiem osłabionym, wywołując przeto zakażenie gruźlicze, zdolne do samowyleczenia, można ustrój ten uodpornić przeciw późniejszemu zakażeniu zarazkiem jadowitym, któryby bez tego wywołał groźną, lub nawet śmiertelną chorobę. Behring wytworzywszy taką szczepionkę, podjął próby na bardzo wielkie rozmiary i twierdzi, że powiodło mu się uzyskać u bydła rzeczywistą odporność. Wyniki doświadczeń Behringa sprawdzać zaczęły właśnie rozmaite zakłady weterynarskie

w Europie, a dokładne sprawozdanie z własnych i cudzych doświadczeń przyrzeka Behring wkrótce w całej rozciągłości ogłosić. Delegowani przez rządy rosyjski, austryacki i szwedzki badacze, wyuczywszy się techniki szczepień pod kierunkiem Behringa, mają obecnie podjąć w swych krajach dalsze badania, do których szczepionki (dawniej przez Behringa bezpłatnie rozsyłanej), dostarczy zakład Dra Sieberta i Ziegenbeina w Marburgu.

Dwie drogi prowadzą do zwalczania gruźlicy ludzkiej, czyto przez zapobieganie zakażeniu się osobników zdrowych, czyto przez polepszenie rokowania u już zakażonych: jedna, przez uodpornienie izopatyczne, na wzór sposobu, stosowanego już przez Behringa u bydła, druga przez zastosowanie niweczników (Antikörperbehandlung).

Co do pierwszego sposobu, t. j. uodpornienia zapomocą stosunkowo nieszkodliwego, osłabionego, ale żywego zarazka, to wprawdzie wątpić nie można, że i w ten sposób możnaby u ludzi dojść do celu, niemniej jednak rzecz to dalekiej jeszcze przyszłości, gdyby szczepionkę taką miało się ludziom, tak jak zwierzętom, wprowadzać wprost do krwi. Szczepionki bowiem, wytwarzanej dla uodpornienia zwierząt, nie możnaby pod żadnym warunkiem użyć u ludzi, zanim nie będzie wynaleziony sposób znacznego osłabienia jej jadowitości bez uszczerbku jej żywotności. Nad wynalezieniem najlepszego takiego sposobu pracuje Behring obecnie i otrzymał już niejakie wyniki zapomocą metody, podanej przez Levyego; ale oświadcza sam, że nawet gdyby powiodło się w ten sposób zarazek dostatecznie osłabić, to nie odważyłby się narazić np. własnych swych dzieci na niebezpieczeństwo, połączone z wstrzyknięciem jakichkolwiek żywych bakteryi wprost do krwi.

Natomiast dałoby się i u ludzi zastosować izoterapeutyczne ochronne szczepienie, gdyby z prowadzonych właśnie przez Behringa doświadczeń wynikło, iż można młode (ssące jeszcze) zwierzęta przez żywienie ich osłabionym zarazkiem uodpornić przeciw gruźlicy nie gorzej, niż przez wstrzykiwanie zarazka do krwi.

Znacznie większe nadzieje pomyślnego wyniku w niedługim już czasie rokuje sobie Behring z drugiego sposobu, t. j. z działania niweczników (Antikörper). Mianowicie spodziewa się on, że znajdujące w mleku silnie uodpornionych krów, substancye ochronne dadzą się przenieść do ustroju ludzkiego. Wprawdzie uzyskane tym sposobem działanie ochronne nie trwa, jak się zdaje, długo; gdyby jednak nawet tak było, to można będzie próbować połączyć ten sposób z poprzednim. t. j. równocześnie stosować żywy zarazek i niweczniki, jak tego ze skutkiem próbowano już w innych chorobach zakaźnych. Wszystko to jednak przyszłość dopiero rozstrzygnąć może. Obecnie zaś oświadcza Behring z naciskiem, że dopóty nikomu nie udzieli „środka przeciwgruźliczego“, póki publicznie sam nie ogłosi, że już swe wstępne badania ukończył.

W ostatnim ustępie swego wykładu wywodzi wreszcie Behring, na jakiej zasadzie uważa znany pogląd Kocha o odrębności zarazków gruźlicy ludzkiej, a zwierzęcej, za błędny i ostrzega jak najusilniej przed zaniechaniem środków ostrożności, dotychczas stosowanych, szczególnie co do mleka, przeznaczonego dla osesków.

Ciechanowski.

Weigert. **Uwaga do wykładu Behringa o powstawaniu suchot i o zwalczaniu gruźlicy.** (*Dts. med. Wochs.*, 1903, Nr. 1903). Na podstawie doświadczalnej oświadczył Behring, że błona śluzowa jelit nie posiada u noworodków tych urządzeń ochronnych, jakie istnieją u dorosłych i dlatego prątki gruźlicze łatwo przepuszcza. Weigert zauważa, że z tem zdaniem zgadza się też doświadczenie anatomo-patologiczne. Już przed 20 laty zwracał Weigert uwagę, że u dzieci bardzo często przy zserowaceniu gruczołów krezkowych niema żadnych zmian w odpowiednim odcinku ściany samego jelita; u dorosłych natomiast najczęściej przy znacznych wrzodach gruźliczych jelit zmiany gruźlicze w sąsiednich gruczołach są niewielkie. I już przed 20 laty wyraził W. przypuszczenie, że u dzieci widocznie prątek gruźliczy przez błonę śluzową jelit łatwiej się przeciska, niż u dorosłych, skoro przebywa w niej tak krótko, że nie pozostawia śladów swego działania. *C.*

L. Fürst. **Niedomoga czynnościowa i odżywcza mózgu.** (*Therapeutische Monatshefte* Rocznik XVII, str. 400). W bilansie ustroju dochód musi pokrywać rozchód, czyli zużycie musi być wyrównane, jeśli ustrój ma zachować stan równowagi siły i zdrowia. Prawo to dotyczy ustroju, jako całości, a również jego poszczególnych narządów. Bardzo prawdopodobnem jest przypuszczenie, że czynność mózgu znachodzi swój wyraz w przemianie i rozpadzie lecytyny. Składnik ten bowiem, zresztą powszechny w ustroju, znachodzi się w mózgu w znacznej ilości: w substancyi białej 9·9% lecytyny na 31% części stałych wogóle, przeważnie zaś w substancyi szarej, tem właściwem siedlisku twórczej pracy mózgowej. Znachodzi się lecytyna w 18% części stałych, dochodzi do 17%. Bardzo blizkiem prawdy wydaje się zatem przypuszczenie, że czynności psychiczne i wogóle mózgowe uwarunkowują się fizycznie w istnieniu lecytyny. Praca mózgu pociągać musi za sobą zwiększone zużycie lecytyny, wyrażające się przez wyczerpanie, obniżenie psychiczne. Żywszy dopływ krwi pokrywa ubytek po pewnym czasie wytchnienia, odpoczynku. Wychodząc z tych roztrząsań teoretycznych, które na razie są tylko hipotezami, próbował autor leczyć przypadki neurastenii, polegające na tle wyczerpania (u uczniów, uczonych, artystów, spekulantów), przez podawanie lecytyny. W 6—8 tygodniach zyskiwał stale polepszenie zdrowia swych pacyentów. Ogólny stan odżywienia podnosił się, następowało odkładanie azotu w ustroju i zmniejszanie wydzielania fosforu przez nerki, jako dowód, że lecytyna rzeczywiście przeszła w skład tkanin ustroju, które wskutek jej braku niedomagały.

(Nie rozbierając krytycznie poglądów Fürsta, które mogą być słuszne, lecz każdy z nich jest jedynie przypuszczeniem teoretycznem, nie umotywowanem doświadczalnie, podkreślam tylko optymizm autora w zapatrywaniach na leczenie stanów neurastenicznych, w których zapomocą tylu innych środków podobne osiągamy wyniki. Sposób podawania lecytyny, polecony przez autora, jest następujący: dzieciom zapisuje się 0·05 trzy razy dziennie, dorosłym 0·1 trzy razy dziennie. Bardzo możliwe, że poprawę neurastenii osiągamy dzięki lecytynie, lecz na pewne nie zawdzięczamy tego lecytynie, którą autor, jako lek podaje. Przecież w pokarmach, w porównaniu do małych dawek autora, jest 10 razy więcej lecytyny. W jednem jaju kurzem jest jej około 1·0. Przytem sam autor zaznacza, że resorbcya lecytyny z pokarmów odbywa się tak samo sprawnie, jak czystej chemicznie, nawiasem mówiąc, bardzo niesmacznej. Gdy stale codziennie wprowadzamy z pokarmami (jaja, mleko, móżdżek, kawior i wiele innych artykułów spożywczych z mniejszą zawartością lecytyny) nawet do kilku gramów lecytyny, pocóż ją dawkować, do tego w sposób zakrawający na homeopatyę? Czyż nie jest właściwsze wskazać odpowiednią dyetę? *Uwaga sprawozdawcy*). *Orzechowski.*

Dr. H. Krukenberg. **Kolka żółciowa bez kamyków żółciowych.** (*Berl. klin. Wochschr.* 1903, Nr. 29). U dwóch kobiet, 25 i 36 lat liczących, od kilku już lat występowały napadowo kolki, którym niekiedy towarzyszyła żółtaczka. Kamyków w kale nigdy nie znaleziono. Badanie przedmiotowe dało wynik absolutnie ujemny. Na zaproponowaną operacyę obie chore się zgodziły, dokuczyły im już bowiem bardzo napady kamicy. U obu podczas operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy bardzo długi i bardzo ruchomy, tak dalece, że K. mówi wprost o pęcherzyku wędrującym. Kamyków K. nie znalazł ani w jednym, ani w drugim przypadku. W obu wykonał cholecystostomię dwuczasową z wynikiem pomyślnym. Napady bólów tłómaczy K. tem, że przepełniony pęcherzyk załamuje się i szyjka jego, względnie przewód, stają się niedrożne. Przez umocowanie dna pęcherzyka do powłok brzusznych zapobiega się jego załamywaniu na przyszłość. *Herman.*

Dr. Middeldorpf. **O zakrzepach i zatorach w przebiegu ostrego ropienia okołokątniczego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 31). M. opisuje przypadek zatoru tętnicy udowej prawej, który wystąpił 14 dnia od wystąpienia ostrego ropienia okołokątniczego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Skutkiem tego zatoru, którego źródłem był najprawdopodobniej przyścienny skrzep w tętnicy biodrowej wspólnej, musiano odjąć uległe zgorzeli podudzie. W kilku innych przypadkach tegoż cierpienia widywał autor zakrzep w żyle udowej z zejściem pomyślnem. *Herman*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Methylatropinum bromatum. (*Die medizinische Woche* Nr. 14 i 20, 1903). E. Merck wyrabia nowe połączenie atropiny: „methylatropinum bromatum“. Przetwór ten przedstawia kryształki, rozpuszczające się łatwo w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Doświadczenia na zwierzętach i przy łożu chorych wykazały, iż złagodzenie i skrócenie czasu właściwego działania atropiny są najwybitniejszemi własnościami nowego połączenia. Rozszerzenie źrenicy, występujące po zapuszczeniu 2 kropel 1%-owego roztworu, trwa tylko 4—6 godzin, podczas gdy po zwykle używanych solach atropinowych utrzymuje się w ciągu kilku dni. L. Vanbel ogłosił swoje spostrzeżenia nad wewnętrznem stosowaniem bromku metylatropinowego i stwierdził wyraźne obniżenie czynności wydzielniczej gruczołów, co pozwala oczekiwać dobrego wyniku przy stosowaniu przeciw potom suchotników, jakotéż potom osób nerwowych. Skłoniło to tego autora do leczenia tym środkiem pewnych chorób jelitowych tem bardziej, iż nie było nieprzyjemnych wpływów ubocznych, jak

po innych solach atropinowych, n. p. suchości w gardle i t. d. Dr. Aronheim podaje wyniki, jakie osiągnął w 25 przypadkach cierpień brzusznych i piersiowych przy stosowaniu podskórnem 0·02% rozczynu lub kapsułek, zawierających 0.001 bromku metylatropiny i 0 3 cukru mlecznego. A. stosował ten lek także z dobrym wynikiem u dzieci, uskarżających się na gwałtowne bóle brzuszne przy podrażnieniu otrzewnej. Podskórne wstrzykiwania sprowadzają natychmiastową ulgę — bez wymiotów, nudności, lub innych nieprzyjemnych objawów ubocznych. W zapaleniu jelita ślepego środek ten jest jednym z najlepszych leków narkotycznych i znieczulających. W kolce jelitowej, w kamicy żółciowej, w bólach głowy, gdzie migrenina była bezskuteczną, działa ten przetwór atropiny znakomicie. Wobec ważności posiadania leku, mającego własności uśmierzania bólów bez jakiegokolwiek nieprzyjemnego działania ubocznego, wpływającego nadzwyczaj uspakajająco w różnych stanach nerwowych, w chorobach ocznych i t. p., poleca A. gorąco nowy przetwór atropiny.

Baschkopf.

VI. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca. 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

23. Majewski (Kraków): **Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw posocznicz ych ustroju.** M. stosował w niektórych sprawach posoczniczych swoiste surowice lecznicze i miał mieć w bardzo znacznej liczbie przypadków poprawę, jednak nie we wszystkich. Surowica ma tu być środkiem ochronnym, a więc ma wejść do ustroju przed lub jednocześnie z zarazkiem. Jedną z właściwości działania surowicy jest także obniżenie ciepłoty. Jakiekolwiek jest jej działanie w każdym razie jest ona nieszkodliwą. Prelegent poleca wypróbowanie tego sposobu przy odpowiednich wskazaniach. Sam stosował surowicę przeciwpaciorkowcową.

Dyskusya:

Klecki (Kraków) wyjaśnia sposób działania tych surowic, o czem mówił w swym wykładzie. Niema tu mowy o leczeniu, jest tu tylko prefakcya. Aby leczyć, musimy mieć takie substancye, któreby z jednej strony nie były szkodliwe przez danie podłoża, a z drugiej silnie działały na ciałka białe, któreby dały nam fagocytozę i fagolizę; według K. możeby nukleina była takiem ciałem.

Majewski (Kraków) dodaje, że wprowadzenie pod skórę surowicy dawało mu lepsze wyniki, niż wprowadzenie do jamy brzusznej. Przy leczeniu otrzewnej uważa M. surowicę za dodatek, a operacyę za rzecz główną.

Klecki (Kraków), opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, nie radziłby wstrzykiwać.

Kader (Kraków) miał w dwóch przypadkach jakiś wynik po wstrzykiwaniu surowicy, ale nieznaczny; zawsze jednak był spadek ciepłoty i jaśniejsze sensoryum.

24. Schlank (Kraków): **Etyologia, przebieg kliniczny i leczenie ropień gazowych.** W klinice krakowskiej spostrzegał S. siedm przypadków ropień gazowych (oedema malignum), z tych sześć leczonych było nacięciami z wynikiem dodatnim, jeden (przypadek zapóźniony) z wynikiem śmiertelnym. W dalszym ciągu omawia S. odmę gazową, która przeważnie występuje w skórze moszen.

25. Gliński (Kraków): **Gruczoły trawienne w górnej części przełyku, oraz ich znaczenie** (z demonstracyą okazów makro- i mikroskopowych). Prelegent omawia na podstawie całego szeregu badań makro- i mikroskopowych obecność, budowę i zachowanie się gruczołów trawiennych w górnej części przełyku. Gruczoły te, odkryte przez Rüdingera, potem po kilku latach przez Schaffera, zbliżają się budową do gruczołów trawiennych dna żołądka, albo do typu gruczołów odźwiernikowych. Ze względu na ich czynność najlepiej nadawałaby się im nazwa gruczołów trawiennych przełyku. Mają one znaczenie w etyologii raków przełyku i to raków gruczolakowych, których punktem wyjścia być mogą, odgrywają także pewną rolę w powstawaniu uchyłków przełyku i wrzodów okrągłych. Odczyt swój poparł G. szeregiem przekonywujących okazów makroskopowych i drobnowidowych.

26. Rydygier (Lwów): **Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.** R. zmienił co do operacyi zapalenia wyrostka zdanie i stał się zwolennikiem wczesnej operacyi: z żalem tylko stwierdza, że jeszcze nigdy nie był wezwany do operacyi w pierwszych 24 godzinach, a bardzo często operował zapóźno, bo i interniści zapóźno posłali i życzyli sobie operacyi. 1. Szablonowo nie powinno się leczyć, trzeba indywidualizować, ale trzeba operować wcześnie, tembardziej, że amerykańskie i francuskie statystyki wykazują tylko 2% śmiertelności. Wczas tembardziej należy operować, jeśli przebieg jest nieprawidłowy: tętno małe i szybkie w niestosunku do ciepłoty, twarz zmieniona itd. Lepiej operować kilka razy zawcześnie, niż raz zapóźno. 2 Operować „à froid“ dla uniknięcia przepuklin brzusznych. Leukocytoza według Sonnenburga daje nam pewność nietylko w rozpoznaniu, ale daje nam wskazania. Punkcyi nie należy robić, chociaż Körte uważa ją za rzecz niewinną. 3. Nie zawsze trzeba się starać o odszukanie wyrostka, lepiej zostawić i później zrobić drugą operacyę, tembardziej, że to jest pewniejsze. Czasem sprowadza się operacyę do nacięcia ropnia i operuje drugi raz, nie czekając na zupełne wyleczenie. Odszukanie wyrostka może być korzystne wtedy, gdy spodziewamy się, że może się wytworzyć zgorzel z objawami posocznicy. R. miał taki jeden przypadek, ale z drugiej strony miał inny, gdzie z korzyścią dla chorego było nieodszukiwanie wyrostka. Obecnie nie stara się wydobyć wyrostka u chorych osłabionych, gdzie istnieje obawa przerwania zrostów; tam jednak, gdzie jest zgorzel, lub inne ropnie, tam czyni poszukiwania. 4. Szerzenie się nacieku ku górze i ku dołowi jest zawsze wskazaniem do operacyi. Należy badać przez odbytnicę, a oddawanie moczu może zwrócić uwagę na zsuwanie się w okolicę pęcherza. 5. Drenowania do odbytnicy nie powinno się nigdy robić. 6. Prelegent używa cięcia swego. podanego przed kilku laty. 7. Jeśli przepłókiwanie robić, to albo obficie, albo nic. W końcu stwierdza R. widoczny u nas postęp; świadczy to o zaufaniu do operacyi. Kiedy w Krakowie przez cały czas swego pobytu operował 10 przypadków, to obecnie we Lwowie przez lat 6 operował przeszło 50.

Dyskusya:

Hordyński (Kraków), opierając na doświadczeniu własnych 30 przypadków, z których połowę operował „à froid“, zgadza się zupełnie z Rydygierem. Doświadczenie zrobiło go radykalnym: jeden przebyty napad wystarcza mu do namawiania do operacyi „à froid“, tembardziej, że nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, że jest tylko 2% śmiertelności, odsetek bardzo mały w stosunku do przypadków nieoperowanych i że w miarę następujących napadów trudności techniczne się wzmagają. H. nie stracił ze swych przypadków żadnego, stwierdza obecne zaufanie u chorych do zabiegu operacyjnego, wprost upominają się o operacyę. Co do wczesnych operacyi, to jest większe niebezpieczeństwo, niż „à froid“, ale wyleczenie jest możebniejsze, niż później.

Kader (Kraków) zwraca uwagę na to, że gdzie większy naciek, tam można czekać dłużej, niż tam, gdzie go niema, i w tym ostatnim przypadku należy operować jak najwcześniej. U nas nie dostaje się chorego, by można operować w pierwszych 24 godzinach. K. na 60 przypadków operowanych stracił cztery: dwa wskutek przedziurawienia, a dwa po operacyi „à froid“. Co do operacyi „à froid“, to doświadczenie pouczyło go, że należy zawsze podwójnie podwiązywać wyrostek, gdyż może on być wypełniony ropą, a jeśli się nie założy drugiej podwiązki, to po przecięciu ropa wylać się może do jamy brzusznej.

Bossowski (Kraków) miał dwa przypadki, z których w jednym operował przed 24 godzinami i już znalazł wyrostek obumarły: w drugim upłynęło trzy doby, nim mógł operować i znalazł zgorzel wyrostka, a żadnych zrostów. W takich przypadkach należy zaraz operować. Wyrostek wycina B., gdzie może; drogę przez odbytnicę uważa za zdrożną.

Chlumský (Kraków) dostał przypadek, gdzie już operować nie było można; zastosował gorące okłady na brzuch. Po dwóch dniach dziecko oddało stolec, a dwunastego dnia okazało się koło pępka wypuklenie i ropa sama na wierzch przebiła. Dziecko wyzdrowiało.

Ziembicki (Lwów) radzi operować pierwszego dnia; trzeciego, lub czwartego dnia nie ruszać i potem „à froid“. Cięcie przez mięsień prosty, o ile dobre jest przy operowaniu „à froid“, o tyle przy innych, gdzie ma być sączkowanie, jest niekorzystne.

Latkowski (Kraków) tłómaczy, że dlatego interniści tak późno oddają do operacyi, bo sami dostają dopiero po 48 godzinach. Jeśli liczba białych ciałek nie dochodzi do 25 tysięcy, to nie stawiają wskazań do operacyi.

Kryński (Warszawa) proponuje, by zrobić układ z internistami, żeby uważać za wskazanie, jeśli chory przebył dwa napady. K. poleca cięcie Krajewskiego: cięcie skórne poprzeczne na wysokości prawego górnego kolca kości biodrowej, aż ku linii środkowej; po dojściu do mięśnia skośnego zewnętrznego ranę w skórze i powięzi rozciąga się podłużnie, a włókna wszystkich mięśni rozdziela się podłużnie na tępo i w tej samej linii otwiera się otrzewnę. Ma się w ten sposób dobry dostęp, a przez krzyżowanie się blizn unika

się powstawania przepukliny brzusznej. Kryński operował w ten sposób raz z dobrym wynikiem.

Borzymowski (Warszawa) uważa za lepsze stanowisko przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nie kliniczne, lecz anatomopatologiczne: uważać zapalenie wyrostka robaczkowego za ropień w kanale wązkim, który ma utrudniony odpływ do jelita ślepego. Jeśli jest zgrubienie, naciek, to znaczy, że odpływ zły i wtedy należy operować, jeżeli niema nacieku, to niema wskazania do operacyi.

Pruszyński (Warszawa) jest za operacyą „à froid“; co się zaś tyczy przypadków świeżych, to albo operować w pierwszych 24 godzinach, albo nie operować, aż „à froid“. W jednym przypadku, który chciał zalecić do operacyi, powodem choroby była glista, której jaja w kale później stwierdził.

27. Filimowski (Kraków): **Topografia wyrostka robaczkowego.** Odczyt został ogłoszony w Nrze 42 „Przegl. lek.“.

Dyskusya:

Jaworski (Kraków) zwraca uwagę na to, że bolesności w okolicy kiszki ślepej nie trzeba kłaść zawsze na karb wyrostka robaczkowego, ale więcej na kiszkę ślepą. Ta już z powodu swego pionowego położenia poddana jest największemu ciśnieniu, tu zbiera się treść, tworzy osady, które drażnią błonę śluzową. Może ona ulegać atonii, podobnie jak żołądek. Jaworski zajmuje mniej radykalne stanowisko i nie każe w każdym przypadku operować, choćby „à froid“. Nieporozumienie między chirurgami, a internistami tłómaczy odmiennością materyału, jaki się im dostaje.

Rydygier (Lwów) nie może się skarżyć na internistów; jest to wina chorych, że się tak późno zgłaszają.

28. Rydygier (Lwów): **O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym** (z demonstracyą preparatu). R. ma dwa przypadki udałe, szczególniej drugi jest rzadki, było to mianowicie zwichnięcie podpanewkowe. Wszystkich udałych przypadków jest notowanych w piśmiennictwie 32, a operatorów 19; tylko Riedel jeden ma cztery przypadki. Sposobami leczenia są: 1) odprowadzenie bezkrwawe. Sposób nieszczególny, bo niema się granicy, kiedy się da zwichnięcie odprowadzić, a kiedy nie; nadto nie można tu forsować, bo może się próba skończyć śmiercią. Poncet radzi odprowadzać po krwawym zabiegu; 2) mięsienie, gimnastyka według Olliera; 3) osteotomia nadkrętarzowa; 4) resekcya główki; 5) odprowadzenie krwawe.

Najmniej dobre wyniki daje sposób 2): małe sposób 3). Najidealniejszy jest 5, ale niebezpieczny, bo daje 10—15% śmiertelności, nawet u osób dość zdrowych (z powodu wstrząsu). Operacya to trudna, trzeba się uciec czasem do resekcyi; trudności polegają na zrostach, zniekształtnieniach kości i zmianach w mięśniach. Trudno też zachować aseptykę z powodu bliskości kiszki stolcowej; jeden przypadek prelegenta, operowany jeszcze w Krakowie, skończył się źle z powodu zakażenia. Po zabiegu bezkrwawym nie można robić zaraz krwawego, lecz co najmniej po tygodniu. Cięcia są: *a*) przednie Hüter-Schedego, przystęp dość trudny; *b*) z tyłu Langenbecka, lub Kochera; Langenbecka bardziej do środka, ale mała jest różnica; przystęp jest dobry; 3) Mikulicza zbliżone do Olliera. Trudności nasuwają czasem adduktory, niektórzy więc radzą robić tenotomię; największą trudność daje panewka, tak czasem zarośnięta, że trzeba odbijać dłutkiem. W końcu przedstawia R. preparat z chorego, uderzonego gałęzią, gdzie zwichnięcie było ku dołowi; chory umarł z powodu wstrząsu, a sekcya wykazała tylko znaczną niedokrewność. Operując, należy sobie drogę szeroko utorować i uważać na krwawienie, bo niedokrewność może wpłynąć na wstrząs.

Dyskusya:

Ziembicki (Lwów) miał też jeden przypadek udały, ale chory umarł z powodu wstrząsu. Zaznacza także z naciskiem, by po próbie bezkrwawego odprowadzenia bezwarunkowo nie robić krwawego, aż po miesiącach, bo bardzo często powstaje zakażenie ogólne.

Ruff (Lwów) przypomina Rydygierowi przypadek udały, który robił Kozłowski. Ponieważ krwawe odprowadzenie jest niebezpieczne, sądzi, że lepiej odrazu robić resekcyę, która jest łatwą i nie przedstawia takiego niebezpieczeństwa.

Sołtysik (Stryj) w jednym przypadku po próbie odprowadzenia zmuszony był przystąpić do resekcyi. Opowiada o jednym przypadku, który miał Obaliński.

Rutkowski (Kraków) dodaje, że Obaliński miał dwa przypadki.

Rydygier (Lwów) nie zapatruje się tak źle na resekcyę, jak inni, ale też i nie tak różowo, jak Ruff. Chodzi mu o zachwianie mniemania, jakoby krwawe odprowadzenie miało być operacyą mało niebezpieczną. Stwierdza też, że statystyka ogólna jest niedokładna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

26. Mariani y Larion (Madryt): **Histerya, a tętnienie tętnicy głównej.** Mowca zaznacza, że stan rozdrażnienia psychicznego, w którym się histeryczni chorzy ustawicznie znajdują, tak samo szkodliwie zadziałać może na serce, jak wyskok i kiła. Przedewszystkiem rozwijają się czynnościowe zaburzenia serca w postaci kołatania, niemiarowości tętna i t. p.; później pojawiają się szmery, które są już znakiem niedomykalności zastawek i zwężenia ujść, szczególnie tętniczego. Ujemny więc wpływ psychicznych zaburzeń na nerwy serca i na zawisłe od nich czynności nie wymaga chyba dalszego wyjaśnienia; zmiany zaś anatomiczne tłómaczy autor wynikiem upośledzonego krążenia w naczyniach włosowatych mięśnia sercowego, a występujące rozszerzenie tych naczyń naprzemian ze zwężeniem wpływają niekorzystnie najpierw na mięsień sercowy, a następnie na zastawki.

27. Poynton (London): **Etyologia gośćca stawowego.** W 22 przypadkach chorobowych odkrył autor dwoinki, które uważa za swoiste dla gośćca stawowego, pomimo, że dla tych drobnoustrojów nie posiada jeszcze szczególnych biologicznych własności. Przeszczepione na króliki wywołują gościec stawowy. *W dyskusyi* zaznacza Singer (Wiedeń), że tem odkryciem zostały wprawdzie potwierdzone wyniki jego dawnych badań; dwoinki te jednak uważa za odmianę paciorkowców, której w żadnym razie za swoistą uznać nie może. Blumenthal (Berlin) stwierdza, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciwko paciorkowcom rozwija swoiste działanie tylko przeciwko tym drobnoustrojom, którymi została uodporniona.

28. Aronsohn (Ems-Nizza): **Wydzielanie cukru po wstrzykiwaniach adrenaliny i stosunek jego do sztucznie wywołanej gorączki.** Po wstrzykiwaniach adrenaliny królikom w cukrzycy ilość wydzielonego cukru wynosiła 5·5%; gorączka stoi w odwrotnym stosunku do cukrzycy. Cukromoczu, pojawiającego się w czasie gorączki, nie można porównać z prawdziwą cukrzycą.

29. Bernard (Plombières): **Związek między błoniastem zapaleniem kiszki, a zapaleniem wyrostka robaczkowego.** Mowca na wstępie zaznacza, że błoniaste zapalenie kiszki jest bardzo często przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego: na 1100 przypadków błoniastego zapalenia kiszki stwierdził 33, w których usunięto wyrostek. Po operacyi tak samo wydzielał się śluz, jak przedtem; u 43 innych chorych (nie operowanych) istniało już przed zapaleniem wyrostka zapalenie kiszki: stosunek więc przyczynowy między temi chorobami stwierdzono 76 razy, czyli 6·9%, oprócz tego odgrywa ważną rolę i kamica, można bowiem w ⅔ przypadków znaleźć w kale obok mas śluzowych także i piasek. U niektórych chorych stwierdzono zapalenie kiszki dopiero po operacyi, u 12-tu zaś ustąpiły objawy zapalenia okrężnicy po usunięciu wyrostka robaczkowego.

30. Tenże: **Choroba Basedowa, a błoniaste zapalenie kiszki.** Pięć razy udało się autorowi stwierdzić w przebiegu choroby Basedowa zapalenie kiszki. Na tej podstawie i na zasadzie doświadczeń na zwierzętach dochodzi Bernard do następujących wniosków: Błoniaste zapalenie kiszki nie jest jednolitem dla siebie cierpieniem, lecz objawem, powstającym skutkiem czynnościowych zaburzeń w wielkim trzewnym splocie nerwu współczulnego, albo drogą dośrodkową (neurastenia, różne nerwice), albo też, jako powikłanie w przebiegu różnych innych chorób jamy brzusznej.

31. Galland-Gleize (Vittel): **Ciężkie objawy żołądkowo-jelitowe przyrody mocznicowej w przebiegu kamicy nerkowej.** Mowca opisuje przypadki kamicy nerkowej, występującej pod obrazem mocznicy: odnosiło się to do chorych, cierpiących już od dłuższego czasu na kamicę. W chwili wybuchu objawów mocznicowych nie wykazało badanie moczu i dróg moczowych żadnej nieprawidłowości. Po niejakim czasie oddali chorzy wśród typowej kolki nerkowej piasek i kamyki, poczem objawy mocznicowe natychmiast ustąpiły. Te objawy wystąpiły u chorych, poddających się leczeniu wodami mineralnemi; możliwem tedy jest, że powstały na drodze odruchowej podczas uwalniania się kamieni z dróg moczowych.

32. Baueres Melcior (Lerida): **Pogląd krytyczny na leczenie cholery i korzyści osiągnięte przez wstrzykiwanie chininy podczas epidemii cholery w roku 1855.**

33. Simonena (Valladolid): **Przyczynek do sprawy nowego odczynu Erlicha.** Autor nie podaje jeszcze nic pewnego.

34. Chauvain (Paryż): **Ostry nieżyt oskrzelowy, a gru-**

źlica płuc. Ostry nieżyt oskrzelowy stoi w trojakim stosunku do gruźlicy płuc: *a)* jako przyczyna i objaw przedwstępny; *b)* jako skutek (w drugim okresie), i *c)* jako powikłanie (w trzecim okresie).

35. Pablo Salinas: **O gruźlicy.**

36. Carlos Soler: **O skutecznem leczeniu trzech przypadków gruźlicy płuc wstrzykiwaniami surowicy gruźliczej.**

37. Alemany (Teruol): **O trądzie.** W sprawie leczenia tej choroby zaleca autor nową swoistą surowicę.

38. Huertas Barvera (Madryd) i Gustavo Pittaluga (Rzym): **Zimnica w Hiszpanii.** Autorowie dochodzą do następujących wniosków: Kliniczne objawy zimnicy odnoszą się do trzech rozmaitych postaci pasorzytów; *a) plasmodium malariae* (*haemamoeba*) wywołuje zimnicę czwartaczkową; *b) plasmodium vivax* trzeciaczkową i *c) Laverania malariae* (*haemamoeba praecox*) ciężką letnio-jesienną zimnicę. Dalsze wywody autorów odnoszą się ściśle do stosunków geologiczno-klimatycznych Hiszpanii. W postępowaniu zapobiegawczem mają znaczenie: tępienie komarów (moskitów), osuszenie i asanacya bagnistych okolic, ochrona mechaniczna przed ukłuciami moskitów, leczenie wszystkich przypadków zimnicy i ochrona przed zakażeniem przez codzienne stosowanie leków.

39. Schrötter (Wiedeń): **W sprawie nowej inhalacyjnej metody Bullinga.** Bulling wynalazł przyrząd, zapomocą którego każdy leczniczy płyn może się dostać do głębszych dróg oddechowych w kształcie drobniutkich kropelek i w dostatecznej ilości; na tej drodze mogą się wszystkie środki lecznicze dostać do płuc. Jod zdolano wykazać w moczu w $\frac{1}{2}$ godziny po wdychiwaniu.

40. Trautwein (Kreuznach): **O związku zachodzącym między drugorzędnem tętnem, a uderzeniem koniuszkowem wraz z tonami sercowymi.** Autor twierdzi, że obydwa tony sercowe nie powstają przy skurczu serca, lecz że należą do rozkurczu. Uderzenie koniuszkowe należy tłómaczyć w sposób następujący: Po skończonym skurczu serca cofa się fala krwi z tętnicy głównej pod wysokiem parciem do zwiotczałej komory, która się skutkiem tego napręża i uderza o ścianę klatki piersiowej. Tak powstaje pierwszy ton i w ten także sposób przenosi się pierwsze drugorzędne tętno. W tem również leży przyczyna zamknięcia się zastawek półksiężycowatych, skutkiem czego powstaje drugie uderzenie wsteczne, które się z zewnątrz nie da zauważyć: to właśnie powoduje drugi ton serca i drugie t. zw. dwubitne (dykrotyczne) tętno. Uderzenie tedy koniuszkowe serca nie powstaje skutkiem skurczu, lecz jest następstwem mechanicznego uderzenia wstecznego. Jedynie szmery sercowe, które słychać przed uderzeniem końca serca, lub przed pierwszym tonem, należy uważać za skurczowe.

41. Schrötter (Wiedeń): **W sprawie leczenia odmy piersiowej.** W krótkości zdaje Schrötter sprawę z doświadczeń, przeprowadzonych w sprawie leczenia zamkniętych urazowych przypadków odmy piersiowej, wychodząc z założenia, że powietrze, znajdujące się w jamie opłucnowej, składa się przeważnie z azotu, skutkiem czego jest trudniej wessalne — okoliczność, która w równych zresztą warunkach staje się przyczyną dolegliwości chorego. Jeśliby więc można tę ilość powietrza zastąpić inną, łatwiej wessalną, wówczas i choroba krócejby trwała i uciśnięte płuco szybciejby się rozszerzyło. Wprawdzie pomimo użycia łatwo wessalnego tlenu nie udało się autorowi dojść do konkretnych wniosków, w każdym jednak razie zaleca usilnie wypróbowanie tego sposobu w nadarzających się przypadkach.

42. Lorand (Karlsbad): **Przyczynek do patologii i terapii akromegalii.** Akromegalia polega na zmianach przysadki mózgowej i gruczołu tarczykowego; należy odróżnić postacie akromegalii powikłane z chorobą Basedowa, z zwyrodnieniem śluzakowatem, mięszane i przejściowe, — ostatni przypadek opisał Gibson (Edynburg). Stosowanie przetworów gruczołu tarczykowego jest tylko wskazane w przypadkach połączonych ze zwyrodnieniem śluzakowatem; w jednym przypadku, powikłanym z chorobą Basedowa, rozwinęła się ciężka cukrzyca po podawaniu kołaczyków tyreoidynowych.

43. Tenże: **Stosunek cukrzycy do akromegalii i choroby Basedowa.** Te postacie chorobowe mogą się rozwinąć po tych samych przyczynach i mają także podobne objawy: cukromocz i cukrzyca mogą tam wszędzie wystąpić, gdzie jest spotęgowana czynność gruczołu tarczykowego, a więc po wzruszeniach umysłowych, w następstwie niektórych leków, lub chorób zakaźnych, w których zresztą Torri, Roger i Garnier stwierdzili spotęgowaną czynność gruczołu tarczykowego w postaci powiększonego wydzielania istoty koloidowej. Cukromocz u osób niedokrewnych, lub ten, który się pojawia u kobiet w okresie wysypki kiłowej, laktouria i wreszcie cukrzyca, występująca podczas ciąży, stoją w związku z wzmożoną czynnością gruczołu tarczykowego. Również i w przebiegu akromegalii i choroby Basedowa pojawia się nierzadko cukrzyca, lub cukromocz, a stwierdzoną już jest rzeczą, że wyciągami gruczołu tarczykowego można wywołać cukromocz, lub nawet i cukrzycę. Przewlekła gruźlica i rak wykluczają z reguły cukrzycę, w przebiegu bowiem tych chorób wytwarza się zanik gruczołu tarczykowego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych i przedstawieniu przez kol. Piotrowskiego dziecka z rzadką wadą wrodzoną, miał odczyt kol. Dobrowolski: „O florze pochwy fizyologicznej“.

* Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zastanawiał się na wtorkowem posiedzeniu między innemi i nad sprawą pozbawienia doraźnego i bez motywów niektórych lekarzy dotychczasowych czynności ochronnego szczepienia przeciw ospie, przez Wydział krajowy. Postanowienie swoje, będące w istocie karą, zastosował Wydział krajowy tylko do tych lekarzy, którzy spostrzegłszy przy likwidacyi kosztów zmniejszenie dyet z 7 na 6 koron, poczynili „przedstawienia“ do władzy w przekonaniu, że zaszła w obliczaniu pomyłka. Z dokumentów, będących w ręku Wydziału Izby, wynikałoby, że Wydział krajowy nie uwiadomił lekarzy, którym poruczono szczepienie w r. 1902, o swej uchwale redukującej dyety, którą powziął jeszcze w maju 1901 r., a która obowiązywała już od stycznia 1902 r. Lekarze, pisząc swoje „przedstawienia“, nic o tej uchwale nie wiedzieli; Wydział krajowy zakomunikował im ją dopiero w połowie roku 1903.

W celu przekonania się, czy pod tym względem nie zachodzi fakt odosobniony, wyjątkowy, Wydział Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej uprasza swych członków, którym z powodu „przedstawienia“ odebrano czynność szczepienia, ażeby zechcieli przesłać Izbie datę wniesienia swego „przedstawienia“, oraz datę zawiadomienia o uchwale Wydziału krajowego, redukującej pracę dzienną za szczepienie z 7 na 6 koron.

* Szereg klinik Uniw. Jagiell. uzupełnia nowo utworzone Ambulatoryum dentystyczne. Uniwersytety zagraniczne oddawna już posiadają tego rodzaju instytucye. Wiedeński instytut dentystyczny już przed dwoma laty święcił swój 10-letni jubileusz istnienia. W Pradze i w Gracu polikliniki dentystyczne istnieją od kilku lat. Berlin, a za nim inne niemieckie uniwersytety mają szkoły dentystyczne, które rok rocznie ściągają zastępy lekarzy, chcących się poświęcić wyłącznie chorobom jamy ustnej i zębów.

Dzięki staraniom Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Jego Eks. minister wyznań i oświaty zarządził utworzenie Ambulatoryum dentystycznego w Krakowie, które obecnie oddane zostało do użytku świata medycznego i pacyentów. Równocześnie kierownik Doc. Dr. W. Łepkowski uzupełnił tę instytucyę rządową swoim prywatnym oddziałem dla techników dentystycznych.

W ten sposób zyskaliśmy nową szkołę, która pozwoli słuchaczom Uniw. zapoznać się z gałęzią medycyny, objętą obecnie programem studyów medycznych, lekarzom zaś umożliwi odbywanie specyalnych studyów z zakresu dentystyki w kraju, gdyż dotąd udawać się musieli za granicę. Znajdą oni tu wszystko w każdym kierunku, co daje postęp w jakim się dziś dentystyka znajduje, gdyż nowy instytut jest wyposażony tak, jak tego wymaga obecna chwila.

Ambulatoryum dentystyczne mieści się w Rynku głównym l. 22. Aktu poświęcenia dopełnił ks. rektor Gromnicki w obecności dziekana Wydziału lekarskiego, prof. Browicza, który zakład ten otworzył i oddał w opiekę doc. dr. Łepkowskiemu.

* W tygodniu bieżącym odbywa się w Paryżu Międzynarodowa Konferencya sanitarna, zwołana na przedstawienie rządu włoskiego, w celu uzupełnienia dotychczasowych przepisów dla zapobieżenia zawleczeniu cholery i moru do Europy z dalekiego Wschodu. W Konferencyi biorą udział delegaci 25 mocarstw. Do delegacyi austryackiej należą doktorowie Maly i Markl.

* VIII Wiec austryackich Izb lekarskich uchwalił wysłać podanie do parlamentu austryackiego i do Izby panów z przedstawieniem istotnej potrzeby ustanowienia samoistnego ministerstwa dla spraw sanitarnych w Austryi.

* Wiadomości osobiste: Przeniesieni zostali lekarze powiatowi: Dr. Kazimierz Ściborowski z Limanowej do Rzeszowa; Dr. Bronisław Wawrzycki ze Lwowa do Krakowa. Koncepista sanitarny Dr. Leopold Heim ze Stanisławowa do Limanowej.

* W roku bieżącym prof. Tryczel dobiega 30 lat profesorskiej działalności; według praw rosyjskich dalsze zajmowanie katedry (zazwyczaj pięciolecie) może mieć miejsce tylko na podstawie nowego wyboru.

* Francya za przykładem Anglii otwarła w Paryżu »Instytut medycyny kolonialnej, w celu zaznajomienia lekarzy z chorobami stref podzwrotnikowych. Instytut ten stanowić będzie część paryskiego Wydziału lekarskiego.

* W Niemczech poczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. »Monatsschrift für sociale Medizin« pod redakcyą drów Fürsta i Jaffégo.

* W wyższych naukowych zakładach pruskich powstał zamiar przymusowego ubezpieczenia od wypadków uczniów, poświęcających się tym zawodom, których studyowanie łączy się z pewnego rodzaju narażeniem się na niebezpieczeństwo wypadku. Z nauk lekarskich wymienione są ćwiczenia: anatomiczne, patologiczne, farmakologiczne, fizyologiczne, doświadczalno-terapeutyczne, higieniczne, chirurgiczne (na trupach). Koszta ubezpieczenia ponosić mają sami ubezpieczeni.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Koll.: Barbag (Przemyślany), Bednarski Ad. (Lwów), Ehrlich (Przemyśl), Madejski (Przemyśl), Markiewicz (Przemyślany), Obtułowicz (Lwów), Pręgowski (Heidelberg), Przesmycki (Gorlice), Silberstein (Lwów), Skórkowski (Zborów), Turteltaub (Lisko), Wilder (Drohobycz), Zabłocki (Lwów).

* *Sprostowanie.* W »Sprawozdaniu ze Zjazdu chirurgów polskich«, umieszczonem w Nr. 42 »Przeglądu lekarskiego«, mylnie podano przemówienie kol. prof. Wehra w dyskusyi nad odczytem Dr. Borzymowskiego. Pierwsze zdanie, wydrukowane na str. 600, szpalta II, wiersz 4 od góry, ma brzmieć: »Rehn w doświadczeniach na psach musiał je zawsze tracheotomować, inaczej ginęły; w moich doświadczeniach nad szwem sercowym nie robiłem nigdy tracheotomii«.

* Między 6 a 12 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), kamioneckim (4 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (1 gm), zaleszczyckim (1 gm.). żydaczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Archangielski mian. profesorem nadzwycz. farmakologii w Kazaniu. Dr. Döbbelin, dentysta, otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Zastępcą czasowym prof. Lannelonguea mian. został prof. nadzwyczajny Dr. Mauclaire.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leon Glücksman, lat 66 w Brodach. Prof. okulistyki Dr. Secondi, l. 70, w Genui. Dr: Michał Zaborowski, lat 31, w Warszawie. Dr. Adolf Rucker, l. 64, w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Halpern: O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe. Róbin: O wartości klinicznej nowej metody ahliego badania czynności żołądka. A. Kosiński: Trzydzieści osiem przypadków płonicy, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową. Pawiński: Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 41. Motz i Montfort: Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza. Bossowski: O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego. (dok.).

— *Głos lekarzy* N. 8. Zawiera: Praca lekarzy w Sejmie. — Reorganizacya Towarzystwa Samopomocy lekarzy. — Położenie materyalne lekarzy powiatowych. — W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. — W sprawie szczepienia ospy ochronnej. — Dyskusya w sprawie szczepienia. — Odpowiedź Wydziału krajowego na interpelacyę p. dr. Bednarskiego. — VIII Wiec Izb lekarskich w Lincu. — Korespondencye. — Widoki lekarzy szpitalnych w krajowej służbie. — W sprawie kurfuszerki. — W ważnej sprawie.

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających. Bregman: Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego (dok.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie guberni radomskiej (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtrière. (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Bądzyński: O potrzebie ścisłego stosowania izolacyi i odkażania w celu zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych w kraju. Serbeński: O nagłej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych.

— *Postęp okulistyczny* (wrzesień). Geisler: O wpływie ciepłoty i pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry. Rumszewicz: O utworach szklistych w komorze przedniej oka (dok.). Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie t. zw. wiosennego zapalenia spojówki.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 41. Kuffner: Svévolný vzdor? (dok.). Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském. Skalička: O poměrech břišního tyfu v Praze. Bakeš: Nástin operativní činnosti v nemocnici třebičské za první pololetí. (c. d.)

— *La Presse médicale* Nr. 80. Widal i Javal: Chloruremia leczenie choroby Brighta przez dechloruracyę. Dechloruracyjne leczenie niektórych leków moczopędnych.

— Nr. 81. Simonescu: Badanie kliniczne żółtaczki kiłowej Hamant i Goris: Diazoreakcya Ehrlicha w przewlekłej gruźlicy płucnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Lessing: Mięsak kości w obrazach Röntgena. Einhorn: Opadnięcie serca i jego związek z opadnięciem wątroby. Albu: Kliniczny i anatomiczny przyczynek do nauki o sokotoku żołądkowym. Rosenberg: Pokrzywka po zastosowaniu śródnosowem nadnerczyny. Lubliński: Powikłanie zapalenia gardła z ostrem zapaleniem gruczołu tarczykowego. Seiffer: Porażenie nerwu dodatkowego w wiądzie rdzenia. (dok.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 41. Ascoli i Bonfanti: Dalsze badania nad białkomoczem pokarmowym. Peiser: Hypestezya w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Creite: Przyczynek do patogenezy padaczki. Bickel: Wpływ wyskoku na wielkość serca. Bittorf: Przypadek otwartego przewodu Botala. Krieger: Przypadek sklerodermii po ustąpieniu choroby Basedowa. Bettmann: Histeryczne samouszkodzenie ciała pod postacią licznych neurotycznych ognisk zgorzelinowych skóry. Bering: Przyczynek do kazuistyki schorzeń paznokci. Engelmann: Oznaczenie elektrycznej przewodliwości płynów Martina: Modyfikacya poduszki Coopera. Grosskopff: Nieprzyjemny wypadek przy operacyi wykonanej zapomocą elektromotoru.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Weinberger: Obwodowe zwężenie tętnicy płucnej i kliniczne jego cechy. Nobl: O jednej dotychczas nieopisanej oznace przebytej kiły. Frank: Błąd w sztuce leczenia wiądu ćwiczeniami i następstwa tego błędu. Kokoris: Przyczynek do nauki o ropniach pośladków.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 42. Hess: Angina Vincenta. Berlizheimer: Dwa przypadki ostrego tężca. Schultes: Grypa i zapalenie wyrostka robaczkowego, oraz ich wzajemny stosunek. Schoetz: Gruźlica połyku u dzieci. Sokołowski: O dotychczasowych naszych wynikach stosowania parafiny w zniekształtnieniach nosa i defektach za uchem.

Redakcya otrzymała. Trudy obszczestwa minskich wraczej za $190^{1}/_{2}$ g. Heiman: 1) O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa. 2) Przyczynek do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego 3) Z praktyki otyatrycznej. 4) Sur les rapports de l'oreille avec la zone naso-sexuelle de la femme. 5) De l'efficacité curative de l'adrenaline dans les maladies des oreilles et du nez.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1561/903.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu**. Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka. Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn. Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903.

L. 2543.

Konkurs.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Delatynie.**

Do tego okręgu należą gminy: Delatyn, Dora, Lojowa, Łuh, Osław czarny, Osław biały, Potok czarny i Zarzecze, płaca wynosi rocznie 1000 Koron, ryczałt na objazdy 600 K.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie z prawem do stabilizacyi po jednorocznej zadawalniającej służbie.

Kompetenci mają się wykazać:

1) obywatelstwem austryackiem;

2) dyplomem doktora medycyny;

3) znajomością obu języków krajowych t. j. polskiego i ruskiego w słowie i piśmie;

4) najmniej dwuletnią praktyką lekarską;

5) fizyczną zdolnością.

Obowiązki lekarzy okręgowych określają instrukcye z 31-go grudnia 1891, Nr. 83. dz. u. kr. i 12-go czerwca 1897 Nr. 36 dz. u. kr.

Podania należycie udokumentowane mają być wniesione do Wydziału powiatowego do 15-go listopada b. r.

Nadwórna, dnia 14-go października 1803.

MERAN

Andreas Hoferstrasse Nr. 15.

POLSKI DOM ZDROWIA

Drowej Maryi Dobrowolskiej

urządzony według wszelkich wymagań hygieny.

Stała opieka lekarska i opieka dozorczyni. Leżalnia, wanny, natryski, nacierania itd. Kuchnia dyetetyczna polska i francuska.

Koszt utrzymania razem z opieką lekarską i dozorczyni, od złr. 3.50 do złr. 5 dziennie.

Stale ordynujący lekarz Dr. von Messyng, od 27 lat praktykujący w Meranie.

GRIES obok BOZEN

stacya klimatyczna w południowym Tyrolu

(pobyt od początku września do końca maja)

I. „Sanatoryum Gries“ wyłącznie dla piersiowo chorych.
II. „Curhôtel Sonnenhof“ z oddziałem leczniczym (wodoleczenie, masaż, elektroterapia, kąpiele w świetle elektrycznem z kwasem węglowym, dyetetyka, leczenie winogronami) dla ozdrowieńców i chorych innych kategoryi.

LEKARZ KIERUJĄCY:

Dr. LUDWIK NAZARKIEWICZ.

Kalle i Spka., chem. fabryka Biebrich n. Renem.

Oddział wyrobów farmaceutycznych.

Orexin-Tannat — Najlepsze stomachicum, bez smaku działa pewnie **w braku łaknienia, hyperemesis gravidarum,** nudnościach podczas **jazdy koleją lub okrętem. Orexynowe kołaczyki i orexynowe kołaczyki czekoladowe** po 0,25 gr.

Bismutose — Pewne w działaniu, nieszkodliwe **adstringens w chorobach jelit;** łagodne **protectivum w ulcus ventric., hyperaciditas** i t. d.
Dawka: dla dorosłych 3—5 gr. co godz., dla dzieci 1—2 gr. w miksturze lub kleiku ryżowym co godz. łyżeczkę kawową.

Dormiol — Skuteczny **środek nasenny** w dawkach po 0.5 do 3,0 gr. Podobny w działaniu jak chloralhydrat—jednak nie wywołuje żadnych ubocznych objawów.
Dormiolowe kapsułki po 0,5 gr.

Jodol — Przetwór, zastępujący najlepiej jodoform, bez zapachu i nietrujący, stosowany we wszystkich chorobach kiłowych, również z dobrym skutkiem wewnętrznie (w dawce 0,4—2 0 pro die), zamiast Kali jodatum.

Menthol-Jodol — Nadaje się szczególnie do wdmuchiwań w praktyce rino -laryngologicznej.

Literatura na żądanie opłatnie.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli,** aptekarza w **Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta, z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający!

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

E. Merck

Chemiczna fabryka — Darmstadt.

Rp. **Bromipin** 10% . . . 100 gram.
Oryginalne pakowanie Merck.
S. Dwa lub trzy razy dziennie łyżeczkę.
Wskaz: Neurastenia, histerya, stany nerwowe.

Rp. **Dionin** . . . . . 0.3 gram.
Aq. Amygdal. amar. . 15 gram.
M. D. S. 3 razy dziennie 10, wieczorem 20 kropli zażyć.
Wskaz: Bronchitis, laryngitis, phthisis pulm.

Rp. **Jodipin** 10% . . . 100 gram.
Oryginalne pakowanie Merck.
S. Dziennie 2—3 lub więcej łyżeczek w mleku zażyć.
Wskaz: Zołzy, kaszel, rozedma.

Rp. **Jodipin** 25% . . . 100 gram.
Oryginalne pakowanie Merck.
S. Przez 10 dni lub dłużej wstrzykiwać 10 do 20 cm³ w pośladki.
Wskaz: Trzeciorzędne zmiany kiłowe, arteriosclerosis, rwa kulszowa, rozedma.

Rp. **Stypticin** . . . . . 0,05 gram.
fiat tabuletta, dentur tal. doses Nr. 20.
Oryginalne pakowanie Merck.
Wskaz: Krwawienia miesiączkowe i w climacterium, menorrhagia.

Literatura na żądanie.

Sanatogen

Znakomity przetwór wzmacniający.

Znakomity tonicum.

Nie drażni.

Próbki i literaturę wysyła PP. lekarzom na żądanie skład główny: **Aptekarz C. Brady Wien I/1. Fleischmarkt 1.**